



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2010/2011

João Manuel Nunes de Azeredo Rodrigues

Perspectiva Ética, Económica e Política dos Modelos de Financiamento da Saúde

Abril, 2011

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

João Manuel Nunes de Azeredo Rodrigues

Perspectiva Ética, Económica e Política dos Modelos de Financiamento da Saúde

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Administração Hospitalar

Trabalho efectuado sob a Orientação de:

Prof. Doutora Guilhermina Maria da Silva Rego

Gestão da Saúde

Abril, 2011

FMUP

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
2010/2011

Unidade Curricular "Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio Profissionalizante"

Projecto de Opção do 6º ano – DECLARAÇÃO DE REPRODUÇÃO

Nome: João Manuel Nunes de Azeredo Rodrigues

Endereço electrónico: med05001@med.up.pt **Telefone ou Telemóvel:** 924153992

Número do Bilhete de Identidade: 13185882

Título da Monografia:

Perspectiva Ética, Económica e Política dos Modelos de Financiamento da Saúde

Orientador:

Prof. Doutora Guilhermina Maria da Silva Rego

Ano de conclusão: 2011

Designação da área do projecto:

Administração Hospitalar

É autorizada a reprodução integral desta Monografia para efeitos de investigação e de divulgação pedagógica, em programas e projectos coordenados pela FMUP.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 20/04/2011

Assinatura: João Manuel Nunes de Azeredo Rodrigues

Unidade Curricular "Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio Profissionalizante"

Eu, João Manuel Nunes de Azeredo Rodrigues, abaixo assinado, nº mecanográfico 050801001, estudante do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter actuado com absoluta integridade na elaboração deste projecto de opção.

Neste sentido, confirmo que **NÃO** incorri em plágio (acto pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 20/04/2011

Assinatura: João Manuel Nunes de Azeredo Rodrigues

PERSPECTIVA ÉTICA, ECONÓMICA E POLÍTICA DOS MODELOS DE FINANCIAMENTO DA SAÚDE

João Manuel Nunes de Azeredo Rodrigues¹

CONTACTO

Rua Central do Seixo, n.º 651

4465-066, S. Mamede Infesta

Telemóvel: 924153992

Email: med05001@med.up.pt

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Guilhermina Rego, enquanto orientadora, pela disponibilidade imediata e pelo encaminhamento para obras fundamentais.

Ao Professor Doutor Rui Nunes, pelas suas sugestões iniciais em relação ao tema e pelo imprescindível apoio bibliográfico.

À minha Mãe, pelo seu apoio incondicional.

¹ Aluno do 6.º ano do Mestrado Integrado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

ÍNDICE

RESUMO	5
ABSTRACT	6
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	7
INTRODUÇÃO	8
SUBSTRATO ÉTICO	11
<i>Noção de Justiça Distributiva</i>	11
<i>Teorias Utilitaristas</i>	11
<i>Teorias Comunitaristas</i>	12
<i>Teorias Liberais</i>	12
<i>Teorias Igualitárias</i>	13
<i>Oportunidade Equitativa: Amenizando os efeitos da Lotaria Biológica e Social</i>	14
<i>Equidade no Acesso e Solidariedade no Financiamento</i>	15
<i>Teorias da Justiça: Origem das Políticas de Saúde</i>	16
<i>Teorias da Justiça e o Mercado da Saúde</i>	17
VERTENTE ECONÓMICA	18
<i>O Financiamento da Saúde</i>	18
<i>Panorâmica Internacional</i>	21
<i>Holanda: Modelo de Financiamento de Matriz Bismarckiana</i>	21
<i>Itália: Modelo de Financiamento de Índole Beveridgeana</i>	21
<i>Panorâmica Nacional</i>	23

PLATAFORMA POLÍTICA	25
<i>Protecção da Saúde como uma Conquista Civilizacional</i>	25
<i>Universalidade do Acesso e Segmentação (Tiering)</i>	26
<i>Papel do Estado vs. Responsabilidade Individual</i>	27
<i>Modelos Alternativos do Financiamento</i>	30
CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
ANEXOS	35
Quadro I: 10 Factos sobre o Financiamento da Saúde	36
Quadro II: Princípios Materiais de Justiça	37
Quadro III: Principais Componentes do Financiamento da Saúde	38
Quadro IV: Contratualização	39
Quadro V: Modalidades de pagamento dos Serviços de Saúde utilizadas na Holanda	40
Quadro VI: Modalidades de Pagamento aos Prestadores de Cuidados de Saúde Holandeses	41
Quadro VII: Modalidades de Pagamento aos Prestadores dos Cuidados de Saúde Italianos	42
Quadro VIII: Evolução do Financiamento Hospitalar Português entre 1997 e 2002	43
Quadro IX: Pagamento dos Serviços de Saúde Portugueses	44
Quadro X: Pagamento aos Profissionais de Saúde em Portugal	45
Quadro XI: Recomendações do Relatório para a Sustentabilidade do Financiamento do Sistema Nacional de Saúde	46
Figura 1: Tríade Indissociável Ética, Economia e Política no Financiamento da Saúde	47

Figura 2: Fontes de Financiamento da Saúde	48
Figura 3: Fontes Públicas e Privadas do Financiamento da Saúde	49
Figura 4: Classificação dos Sistemas de Saúde Europeus de acordo com a sua Fonte Principal de Financiamento	50
Figura 5: Financiadores, Prestadores, Consumidores	51
Figura 6: Despesa com a saúde como percentagem do PIB na Europa Ocidental	52
Figura 7: Despesa com a saúde <i>per capita</i> na Europa Ocidental	53
Figura 8: Fontes de Financiamento Italianas	54
Figura 9: Fontes Públicas e Privadas do Financiamento Português de Saúde	55
Figura 10: Papel do Estado	56
Normas de Publicação	57

RESUMO

O financiamento da saúde centra-se, não só, na forma como os recursos financeiros são gerados, mas também, no modo como são distribuídos e utilizados no pagamento dos cuidados de saúde (WHO, 2010).

Propomo-nos, com este estudo, explicar de que forma o indispensável diálogo entre Ética, Economia e Política influencia os modelos de financiamento da saúde. Para isso e por comodidade de análise, vamos averiguar o papel de cada perspectiva em 3 capítulos distintos (Substrato Ético, Vertente Económica e Plataforma Política). No entanto, e sempre que oportuno, também discutiremos a forma como estas diferentes perspectivas se podem inter-complementar, constituindo uma verdadeira tríade indissociável do financiamento da saúde.

As diferentes perspectivas sobre os modelos de financiamento da saúde – Ética, Económica e Política – não são, no nosso entender, mutuamente exclusivas. Podemos dizer que mais do que o mero apuramento e ponderação dos pontos de vista de cada perspectiva, isoladamente, a sua respectiva contribuição para um todo global é a condição *sine qua non* não podemos discernir com maior clareza o papel que os modelos de financiamento assumem, hoje em dia, num sistema de saúde.

ABSTRACT

Health financing is not only related with how the resources are created, but also with the manner they are distributed and used for payment of health care (WHO, 2010).

Our proposal for this study was to explain the way the indispensable dialogue between Ethics, Economy and Policy make influence on financial health models. For that and for convenience of analysis, we will verify each perspective in a different chapter (Ethics substrate, Economic side, Political platform). Nevertheless, and always when we get the chance, we will also discuss the way how these different perspectives can be mutually complementary, making a truly not dissociable triad of health financing.

The different perspectives about health financing – Ethics, Economy and Politics – are not, as we understand, mutually exclusive. We can state that more than mere compilation and consideration of views from each perspective, separately, their respective contribution to a global entity is the condition without which we cannot discern more clearly the role that funding models display today in a health system.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ARS – Associação Regional de Saúde.

CSP – Cuidados de Saúde Primários.

EUA – Estados Unidos da América.

LBS – Lei de Bases da Saúde.

NHS – Nacional Health Service.

OMS – Organização Mundial de Saúde.

PIB – Produto Interno Bruto.

PPP – Paridade de Poder de Compra.

PPPs – Parceria Público-Privadas.

SNS – Sistema Nacional de Saúde.

SS – Subsistemas de Saúde.

SSV – Seguro de Saúde Voluntário.

TDS – Total de Despesa com a Saúde.

USF – Unidade de Saúde Familiar.

Vs. – Versus.

INTRODUÇÃO

O financiamento da saúde centra-se, não só, na forma como os recursos financeiros são gerados, mas também, no modo como são distribuídos e utilizados no pagamento dos cuidados de saúde (WHO, 2010).

Na determinação do melhor modelo para financiar os cuidados de saúde devemos, *à priori*, perguntar que sistema de financiamento melhor se posiciona face às prioridades, em constante mudança, no sector da saúde² (Thomson, 2009).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), atenta ao papel que o financiamento da saúde desempenha a nível mundial, elaborou, em 2010, um relatório onde são destacados os 10 principais factos acerca do financiamento da saúde (Quadro I) (WHO, 2010).

Em Portugal, a problemática do financiamento da saúde é possivelmente um dos temas de saúde de mais acesa polémica, com influência directa quer no acesso ao sistema de saúde quer na qualidade de vida das famílias portuguesas (Nunes e Rego, 2010).

Todos os cidadãos residentes em Portugal têm acesso a cuidados de saúde através do Sistema Nacional de Saúde (SNS), financiado predominantemente através de impostos (Barros, 2007). Aproximadamente um quarto da população apresenta um segundo (ou mais) níveis de cobertura através dos subsistemas de saúde (SS) e/ou seguro de saúde voluntário (SSV) (Barros, 2007).

Em 2004, o total de despesa com a saúde (TDS) portuguesa³ encontrava-se, em termos de percentagem do produto interno bruto (PIB) afecto à saúde, aproximadamente nos 10%, ou seja, acima da média da União Europeia (Barros, 2007). No entanto, o

² Nos recentes anos assistiu-se ao crescimento da exigência por alguns tipos de serviços de saúde, nomeadamente: cuidados de saúde mental, cuidados continuados e cuidados com as doenças crónicas (Thomson, 2009). A exigência por estes serviços, e por formas integradas de prestação de cuidados, irá provavelmente aumentar dado o envelhecimento das populações (Thomson, 2009).

³ As despesas em saúde no que diz respeito ao consumo de recursos, quer em termos globais quer em termos de despesa pública, traduzem a importância crescente do sector da saúde para a economia portuguesa (Barros, 2009).

mesmo TDS *per capita*⁴, encontrava-se abaixo da média da União Europeia, reflectindo o PIB relativamente baixo de Portugal comparativamente a outros países Europeus. (Barros, 2007). Têm-se assistido a um crescimento da despesa com a saúde em Portugal⁵, que tenderá a aumentar ao longo do tempo. Este aumento da despesa pode ser justificado, por inúmeras razões, entre elas, o aparecimento de novas doenças, o desenvolvimento de novas tecnologias, o envelhecimento da população, as expectativas criadas junto dos cidadãos relativamente ao direito de acesso à saúde⁶ (Rego, 2008). Note-se que apesar deste aumento da despesa com a saúde, ainda se observa a escassez de recursos afectos à saúde em determinados contextos. (Rego, 2008). Além disso, existe um impressionante desperdício neste sector (25% a 30%) de acordo com relatórios sucessivos do tribunal de Contas (Nunes e Rego, 2010).

A degradação das condições socioeconómicas de uma grande parte da população, que tende a acentuar-se, a crise económico-financeira mundial assim como o escasso crescimento das economias de muitos países levam a prever que, num futuro muito próximo, os governos se vejam obrigados a introduzir mecanismos adicionais de contenção, particularmente ao nível da despesa pública, com eventuais repercussões na alocação de recursos para o sector de saúde (OPSS, 2010).

A política de saúde, a par com a economia de saúde, cruza-se necessariamente com a justiça distributiva, e com a ética⁷ num sentido mais amplo, ao considerar o

⁴ TDS *per capita* é medido em dólares americanos, padronizados internacionalmente por paridade de poder de compra (PPP) (Campos, 2008).

⁵ No período compreendido entre 1980 e 2000, assistiu-se a um crescimento generalizado da despesa em saúde na União Europeia. Portugal não foi excepção, e, enquanto em 1980, afectava apenas 5,6% do Produto Interno Bruto (PIB) à saúde, em 2000, afectou 8,2% do PIB, ajustando-se assim à média da União Europeia (Rego, 2008).

⁶ No entanto, este crescimento, a um ritmo mais acelerado que o crescimento do PIB, não significa, segundo Rego, necessariamente esbanjamento e desperdício (Rego, 2008). Pode significar apenas a existência de um sobrecusto da saúde que tem que ser coberto ou pelo Orçamento de Estado, através da re-afectação de verbas, ou pelo pagamento de taxas e/ou impostos por parte dos cidadãos (Rego, 2008).

⁷ O objectivo da reflexão em torno da ética na gestão em saúde é, também, o de averiguar quais os factores determinantes na eficácia e eficiência do sistema (Nunes, 2002A). Critérios de justiça, aplicando os princípios materiais de justiça aceites na actualidade pelas correntes mais representativas do pensamento humano, são determinantes não apenas na relação médico-doente

direito à protecção da saúde, conquista civilizacional das sociedades plurais e seculares, uma verdadeira expressão da dignidade da pessoa humana⁸. O direito à protecção e à promoção da saúde é determinante para o exercício de uma efectiva igualdade de oportunidades⁹, numa sociedade livre e inclusiva. (Nunes, 2003A).

De facto, a saúde não se encontra desinserida de um todo social, sendo necessário para o seu financiamento um esforço intersectorial de forma a alcançar a justiça e a equidade distributivas (Rego, 2008). Existe, pois, uma complexa inter-relação entre a concretização da justiça distributiva e do financiamento, o acesso, a prestação e a organização dos serviços de saúde (Rego, 2008).

Assim, posto em destaque a relevância do tema, propomo-nos, com este estudo, explicar de que forma o indispensável diálogo entre Ética, Economia e Política influencia os modelos de financiamento da saúde. Para isso, e por comodidade de análise, vamos averiguar o papel de cada perspectiva em 3 capítulos distintos (Substrato Ético, Vertente Económica, e Plataforma Política). No entanto, e sempre que oportuno, também discutiremos a forma como estas diferentes perspectivas se podem inter-complementar, constituindo uma verdadeira tríade indissociável do financiamento da saúde (Figura 1).

mas, também, na relação material da medicina com a sociedade onde se encontra inserida (Nunes, 2002A).

⁸ A existência de um direito à saúde encontra-se reconhecida no Artigo 3.º da Convenção para a Protecção dos Direitos Humanos Face às Intervenções da Biologia e da Medicina (Council of Europe, 1996), ainda que seja limitado pelas restrições económicas do sistema (Nunes, 2003A).

⁹ A doença, a deficiência e a incapacidade ao restringirem as oportunidades que, de outra forma, estariam ao alcance do indivíduo, devem ser observadas como situações injustas e não apenas como resultado de forças aleatórias da natureza (Nunes, 2003A).

SUBSTRATO ÉTICO

Noção de Justiça Distributiva

A expressão justiça distributiva refere-se a uma distribuição justa, equitativa e apropriada no interior da sociedade, determinada por normas justificadas que estruturam os termos da cooperação social (Beauchamp, 2002).

É comum a todas as teorias da justiça uma exigência mínima tradicionalmente atribuída a Aristóteles: “iguais devem ser tratados de modo igual, e não iguais devem ser tratados de modo não igual” (Beauchamp, 2002). Este princípio da justiça formal (por vezes apelidado de princípio da igualdade formal) é “formal” porque não determina as circunstâncias específicas nas quais os iguais devem ser tratados de modo igual e não fornece critérios para que se determine se dois ou mais indivíduos são de facto iguais; o princípio simplesmente afirma que quaisquer que sejam as circunstâncias relevantes em questão, as pessoas que forem iguais com respeito a elas deveriam ser tratadas de modo igual (Beauchamp, 2002). Um problema óbvio do princípio formal é a ausência de conteúdo, daí a necessidade de criar princípios que especifiquem as características relevantes para um tratamento igual, ou seja, princípios materiais de justiça¹⁰ (Quadro II), os quais identificam as propriedades substantivas para a distribuição (Beauchamp, 2002).

As teorias de justiça distributiva foram desenvolvidas para que de forma sistemática se determine o modo como os encargos, bens e serviços sociais – incluindo os bens e serviços da área da saúde – devem ser distribuídos ou redistribuídos (Beauchamp, 2002). O que as distingue são os princípios usados para dar conteúdo material à ideia de justiça (Borges 2010).

Teorias Utilitaristas

Segundo a corrente utilitarista, o modelo de justiça deve centrar-se no princípio da utilidade, ou seja, devem ser proporcionados os melhores cuidados possíveis ao

¹⁰ Cada governo recorre a um ou mais destes princípios materiais para formular políticas públicas, aplicando diferentes princípios a diferentes contextos (Borges, 2010).

maior número possível de pessoas, maximizando assim a utilidade pública (Nunes, 2003B).

O utilitarismo clássico é baseado no trabalho de Jeremy Bentham e John Stuart Mill (Beauchamp, 2002). Hoje em dia, esta teoria serve de substrato para algumas características especiais do sistema de saúde, como por exemplo, o planeamento e o estabelecimento de prioridades mais propriamente do que como ideologia geral de justificação da base moral do sistema de saúde (Borges, 2010).

Teorias Comunitaristas

Os comunitaristas vêem os princípios da justiça como plurais, derivados de diferentes concepções do bem, tão numerosas quanto as diversas comunidades morais, e consideram que aquilo que é devido aos indivíduos e aos grupos depende desses padrões derivados da comunidade singular em que se encontram inseridos (Beauchamp, 2002).

Segundo Michael Walzer, defensor do comunitarismo, não há um princípio único de justiça distributiva que governe todos os bens sociais e a sua distribuição (Beauchamp, 2002). Em vez disso, uma série de princípios fabricados pelas sociedades humanas constituem distintas “esferas de justiça” (Beauchamp, 2002). As noções de justiça não derivam de algum fundamento “racional” ou “natural” externo à sociedade, mas de determinados padrões desenvolvidos no seu interior, paralelamente ao desenvolvimento de uma comunidade política (Beauchamp, 2002).

Teorias Liberais

Na interpretação liberal de justiça, a protecção da saúde não é um direito, e a privatização do sistema de saúde é um ideal definido (Beauchamp, 2002). A sociedade justa protege os direitos de propriedade e liberdade, deixando que as pessoas melhorem sua situação por sua própria iniciativa (Beauchamp, 2002). A intervenção social no mercado, portanto, prejudica a justiça, impondo restrições injustificadas à liberdade individual (Beauchamp, 2002).

Robert Nozick, defende que a teoria da justiça deve ser considerada uma “teoria da prerrogativa” na qual a acção do governo é justificada se, e somente se, protege os direitos ou prerrogativas dos cidadãos, em particular os direitos à liberdade e à

propriedade privada (Nozick, 1974). Este autor argumenta que uma teoria de justiça deveria afirmar os direitos individuais em vez de criar “modelos” de distribuição económica nos quais os governos agem de modo a redistribuir a riqueza adquirida pelas pessoas no livre mercado¹¹ (Beauchamp, 2002). Seguindo esta linha de pensamento, a redistribuição de propriedade privada através de impostos é observada como injusta, não devendo existir, verdadeiramente, “justiça distributiva”, e mesmo a “justiça contributiva” (tributária) seria de legitimidade duvidosa, porque a redistribuição da propriedade de acordo com o critério da necessidade (ou outro, por exemplo a distribuição igualitária dos bens em partes iguais a cada cidadão) é usualmente percebida pelos libertários como uma forma civilizada de “trabalho forçado”¹² (Nunes e Rego, 2002).

Teorias Igualitárias

As teorias igualitárias defendem um acesso igual aos bens, entre eles a saúde, que todo indivíduo racional valoriza, muitas vezes invocando os critérios materiais de necessidade e igualdade.

John Rawls explica a justiça¹³ como equidade, entendida como as normas comuns de cooperação reconhecidas por pessoas livres e iguais que participam nas actividades sociais em respeito mútuo (Beauchamp, 2002).

¹¹ Nozick aceita uma forma de justiça procedimental com três e somente três princípios: justiça na aquisição, justiça na transferência e justiça na reparação (Beauchamp, 2002). Não há um padrão de distribuição justa independente dos procedimentos do livre mercado de adquirir uma propriedade, de transferir essa propriedade e de fornecer uma reparação àqueles que tiveram sua propriedade ilegítimamente tomada ou que tenham sido ilegítimamente obstruídos no livre mercado (Beauchamp, 2002).

¹² Para Nozick só bens e serviços públicos de primeira necessidade, como a segurança dos cidadãos, a defesa nacional, a protecção ambiental ou a saúde pública, pela necessidade de convergência de esforços entre os cidadãos, e a impossibilidade destes atingirem esses objectivos individualmente, podem justificar o esforço contributivo através da tributação da riqueza (Nunes, 2002B).

¹³ Rawls refere duas vertentes interpretativas da Justiça: a) cada cidadão deve dispor de direitos idênticos no que respeita ao acesso ao sistema mais completo de liberdades básicas, desde que compatível com um sistema similar de liberdades para todos os cidadãos; b) as desigualdades

Esta dimensão igualitária da Justiça, num contexto de afectação de recursos para a saúde, pode implicar a existência de um nível aceitável (ou razoável) de prestação de cuidados de saúde. A estratificação (*tiering*), no que respeita ao acesso aos cuidados de saúde, com diferentes níveis de prestação e acesso consoante o rendimento individual é admissível, mas apenas quando o acesso ao nível básico for garantido a todos os cidadãos (Nunes, 2002B).

Oportunidade Equitativa: Amenizando os efeitos da Lotaria Biológica e Social

A igualdade de acesso de todos os cidadãos aos bens sociais de primeira necessidade e, portanto, aos lugares-chave da sociedade – geralmente designado por Princípio da Igualdade de Oportunidades – é uma das vertentes nucleares da teoria de Rawls (Nunes, 2002B). Segundo este autor, a lotaria natural está relacionada à distribuição das propriedades vantajosas e desvantajosas por meio do nascimento, e a lotaria social está relacionada à distribuição das vantagens ou desvantagens sociais por meio das posses familiares, dos sistemas escolares, etc (Beauchamp, 2002). Rawls usa a noção de oportunidade equitativa¹⁴ como uma regra de reparação, ou seja, a fim de superar condições desvantajosas (provenientes da natureza ou da sociedade) que não são merecidas, a regra exige a compensação daqueles que possuem as desvantagens (Beauchamp, 2002). O objectivo é reparar as distribuições desiguais criadas por propriedades imerecidas para conseguir uma igualdade maior (Beauchamp, 2002).

Norman Daniels, aplicando a doutrina Rawlsiana da igualdade de oportunidades, refere que existe uma obrigação social, através da intervenção directa do Estado, em providenciar os cuidados de saúde de acordo com o *standart* de “funcionamento

sociais e económicas são permissíveis se, e só se, concorrerem para o benefício dos cidadãos em posição mais desfavorável, e desde que permitam o acesso em igualdade de oportunidades de todos os cidadãos às posições oferecidas pela sociedade (Nunes, 2002B).

¹⁴ A regra da oportunidade equitativa afirma que não se deve conceder benefícios sociais com base em propriedades “favoráveis” imerecidas (porque ninguém é responsável pela posse dessas propriedades) e afirma também que não se deve negar benefícios sociais com base em propriedades “desfavoráveis” imerecidas (porque as pessoas também não são responsáveis por essas propriedades) (Beauchamp, 2002).

normal”, tornando-se necessária a satisfação das necessidades primárias¹⁵ para se alcançar uma situação de verdadeira igualdade de oportunidades (Nunes, 2002B).

Por seu turno, Tristram Engelhardt¹⁶, defende que em algum ponto o processo de redução das desigualdades introduzidas pelas lotarias da vida tem de parar (Beauchamp, 2002). A sociedade deveria determinar um limite para as reivindicações de equidade ou justiça, de acordo com a distinção entre o injusto e o meramente desvirtuoso (Beauchamp, 2002).

No entanto, qualquer que seja a teoria ética adoptada parece ser consensual que a igualdade de oportunidades é um valor social que deve atravessar, transversalmente, toda a sociedade (Nunes, 2002B). Só assim será possível ao Estado promover o respeito pela auto-realização das pessoas (Nunes, 2002B).

Equidade no Acesso e Solidariedade no Financiamento

Numa sociedade em constante mutação, torna-se fundamental promover os valores que possam contribuir para este ideal de justiça distributiva (Nunes, 2002B). Neste sentido, para que seja alcançada uma efectiva igualdade de oportunidades não só no campo da prestação dos cuidados de saúde, mas não exclusivamente, têm-se

¹⁵ Extrapolando o conceito de necessidades primárias e secundárias, segundo Maslow, para o plano da organização social, pode afirmar-se que a doutrina da igualdade de oportunidades, enquanto imperativo ético e social, implica que todos os cidadãos devem ter acesso a um determinado nível de condições que lhes permita ter um “funcionamento normal” (Nunes, 2002B). Note-se, no entanto, que à medida que as necessidades hierarquicamente inferiores estão satisfeitas o conceito de necessidade torna-se mais abrangente, implicando a sua própria redefinição (Nunes, 2002B).

¹⁶ Segundo este autor no contexto da saúde a lotaria natural e a lotaria social são o resultado de forças naturais e não de acções concretas das pessoas, pelo que pode muito bem ser considerado uma insensibilidade não prover ajuda a quem dela necessita, o que não é o mesmo que dizer que essa ajuda seja uma obrigação social, nomeadamente através da intervenção do Estado quando redistribui os recursos económicos disponíveis (Beauchamp, 2002).

proposto as noções de solidariedade no financiamento e equidade¹⁷ no acesso (Nunes, 2002B).

A distinção entre equidade horizontal e equidade vertical, é fundamental para a aplicação do princípio da justiça (Beauchamp, 2002). Por equidade horizontal entende-se tratamento igual a indivíduos em iguais condições (Barros, 2009). A equidade vertical pressupõe um tratamento desigual para desiguais¹⁸ (Nunes, 2002B).

A solidariedade¹⁹, como doutrina, ou como escolha política, está profundamente enraizada na maioria dos sistemas de saúde europeus (Nunes, 2002B). O Estado como forma de assegurar o acesso a um certo nível de cuidados de saúde promove uma solidariedade compulsiva aos cidadãos ao utilizar seu esforço tributário²⁰ (Nunes, 2002B).

Teorias da Justiça: Origem das Políticas de Saúde

As preocupações dos indivíduos e das sociedades acerca das questões de saúde encontram-se frequentemente reflectidas nas políticas de saúde desenvolvidas por um determinado governo (Borges, 2010). Deste modo, os sistemas de saúde encontram, nas diferentes teorias da justiça, o seu substrato ideológico (Borges, 2010).

¹⁷ Barros defende pelo menos seis abordagens possíveis à noção de equidade: “(1) igualdade; (2) direitos; (3) mínimo decente; (4) utilitarismo; (5) maximim (Rawls); e (6) *envy free*” (Barros, 2009).

¹⁸A equidade vertical, ao tratar de modo desigual indivíduos desiguais, promove o valor do instrumental de uma responsabilidade tributária de acordo com o rendimento de cada um (podendo a tributação ter um carácter proporcional ou progressivo), como factor da coesão social (Nunes, 2002B).

¹⁹A criação do Serviço Nacional de Saúde, enquanto fonte geradora de altruísmo que pode estender-se a outras áreas de intervenção social, demonstra como a própria solidariedade pode gerar solidariedade (Nunes, 2002B).

²⁰O bem social perseguido – a saúde – não apenas para o doente individual mas também para toda a sociedade, assim como o valor simbólico que a doença tem na sociedade implica a intervenção do Estado (Nunes, 2002B).

As diferenças entre a implementação das ideologias igualitárias e libertárias²¹ na organização dos sistemas de cuidados de saúde, tornam-se claras quando se compara, por exemplo, o sistema Europeu com o sistema Americano (Borges, 2010). Apesar das diferenças culturais e económicas dentro da Europa, em comum os Estados Europeus procuram o bem-estar social (*welfare state*), onde os direitos sociais dos cidadãos desempenham um papel crucial e não são menos importantes que direitos civis e políticos (Borges, 2010). Deste modo, os sistemas de saúde Europeus são muito mais inclinados para a visão igualitária. Pelo contrário, nos Estados Unidos a liberdade desempenha um papel mais importante do que os direitos sociais e o envolvimento do Estado ao proporcionar o bem-estar social é muito limitado e restrito ao mínimo (Borges, 2010).

Teorias da Justiça e o Mercado da Saúde

Hoje em dia, a discussão entre as teorias igualitárias e as teorias libertárias de justiça no âmbito dos cuidados de saúde não pode mais ser visto como numa perspectiva “preto ou branco”, uma vez que não é possível evitar a influência e o papel do mercado mesmo em políticas e sistemas de saúde igualitaristas (Borges, 2010). Por isso, discussões acerca da justiça distributiva não reflectem mais duas perspectivas contrastantes representadas pelo mercado *versus* Estado (Borges, 2010). Em vez disso, estas discussões devem partir da premissa de que o mercado desempenha sim, actualmente, um importante papel nas políticas e sistemas de saúde (Borges, 2010). Logo, torna-se cada vez mais importante esclarecer qual o papel e o valor que o mercado ocupa nos diferentes tipos de sistemas de saúde, isto é, de que modo os mecanismos do mercado²² são incorporados nos sistemas de saúde (Borges, 2010).

²¹As ideologias igualitárias e libertárias levaram a sistemas de saúde muito diferentes: no sistema igualitário, a oportunidade equitativa de acesso para aqueles em condições de paridade é a regra determinante, independentemente de quem está a pagar para receber cuidados de saúde, e está melhor acompanhado por um sistema público (Borges, 2010). Pelo contrário, no sistema libertário, habilidade para pagar é determinante para o acesso a cuidados de saúde, estando melhor acompanhado num sistema privado orientado pelo mercado (Borges, 2010).

²² Este caminho de aproximação de uma lógica de mercado ao sector da saúde move a base das políticas de saúde europeias de uma ideologia igualitarista e solidária na direcção de uma ideologia libertária, que é a tradição no desenvolvimento de políticas de saúde nos E.U.A.

O desafio será, deste modo, encontrar a melhor forma de desenvolver uma política de saúde europeia que concilie os princípios de equidade, acessibilidade, universalidade e solidariedade com a liberdade do mercado interno da saúde (Borges 2010).

VERTENTE ECONÓMICA

O Financiamento da Saúde

Os “Modelos de Financiamento da Saúde” comportam, em termos económicos, diferentes níveis de análise que devem ser abordados (Portal de codificação clínica e GDH, 2011) e (Thomson, 2009) (Quadro III):

- a) A origem dos recursos (*revenue collection*), isto é, quem paga os serviços de saúde;
- b) O modo como os recursos são armazenados e acumulados em fundos (*pooling the funds*²³);
- c) A forma como os recursos são administrados e distribuídos/redistribuídos, ou seja, como pagar os cuidados de saúde (*purshising*)²⁴: modalidades de

(Borges, 2010). Na Europa, embora os mecanismos de mercado tenham sido usado no sentido de reduzir custos e aumentar a eficiência dentro dos sistemas de saúde, a ideologia igualitária ainda permanece como o substrato a partir do qual se desenvolvem as políticas de saúde no âmbito dos cuidados de saúde (Borges, 2010). Isto é facilmente demonstrado pelo facto da solidariedade, da universalidade, da equidade e da acessibilidade serem reconhecidas como valores comuns nos quais os sistemas de saúde europeus de baseiam (Borges, 2010).

²³ A importância do *fund pooling*, isto é, da “acumulação de fundos pré-pagos em defesa da população” (Kutzin, 2001), é que facilita a diluição do risco financeiro através da população ou de um subgrupo definido (Mossailos, 2002).

²⁴ Pagamento (*Purshising*) significa, de acordo com Kutzin, “transferência dos recursos do fundo para os prestadores de serviços de saúde em defesa da população para a qual os fundos são armazenados” (Kutzin, 2001) e (Mossailos, 2002). A forma pela qual se procede ao pagamento dos serviços de saúde é fundamental para assegurar eficiência na prestação e qualidade dos serviços (Thomson, 2009). Também pode afectar a equidade no acesso aos cuidados de saúde e eficiência administrativa além de provavelmente um efeito determinante na habilidade para controlar custos e garantir a sustentabilidade financeira (Thomson, 2009).

pagamento aos serviços de saúde assim como a remuneração dos principais agentes prestadores, especialmente, como pagar aos médicos;

O processo de colecta de receita está particularmente preocupado com quem paga, o mecanismo de pagamento e quem o colecta (Mossailos, 2002). Os fundos derivam primariamente da população (indivíduos ou entidades corporativas) (Mossailos, 2002). Os mecanismos de financiamento incluem: impostos, contribuições para a segurança social, prémios de seguradoras privadas, poupanças individuais, pagamentos *out-of-pocket*, empréstimos, subvenções e doações (Figura 2) (Mossailos, 2002).

A origem dos recursos com vista ao financiamento das despesas de saúde pode ser pública ou privada (lucrativa e não lucrativa), e dentro de cada uma delas podemos encontrar fontes distintas para os recursos financeiros despendidos (Nunes, 2003B). No que concerne ao modelo de financiamento público incluem-se o de seguro social obrigatório e o financiamento por imposto. Já no que toca ao modelo de financiamento privado encontramos as duas mais frequentes fontes de recursos financeiros: através do seguro privado e com base em pagamentos directos (Nunes, 2003B). Estas quatro fontes principais (impostos, seguros sociais de saúde, seguros privados e pagamentos directos) podem também ser classificadas em sistemas compulsórios (impostos e seguro de saúde social) ou sistemas voluntários (seguros privados voluntários e pagamentos directos) (Figura 3) (Barros, 2002).

Muitos sistemas de cuidados de saúde na região europeia dependem de um misto destas quatro fontes principais. No entanto, é possível, segundo Barros, distinguir três categorias²⁵ de países dentro da União Europeia, agrupados de acordo com o mecanismo de financiamento obrigatório predominante que caracteriza o sistema nacional de saúde ou o tipo de financiamento obrigatório predominante que o país gostaria de desenvolver (Barros, 2002). Os três grupos (Figura 4) são:

- Sistemas de cuidados de saúde baseados no modelo de *Bismarck*, ou seja, que dependem predominantemente dos seguros;

²⁵ Embora esta classificação assente num mecanismo de financiamento obrigatório predominante, não existe nenhum sistema exclusivamente dependente de impostos ou de seguros: os sistemas de financiamento que dependem sobretudo dos impostos incluem tipicamente também elementos de seguro social e os sistemas baseados em seguros sociais incluem muitas vezes fortes elementos de financiamento fiscal (Barros, 2002).

- Sistemas de cuidados de saúde baseados no modelo de *Beveridge*, o que significa que dependem predominantemente dos impostos;

- Sistemas de cuidados de saúde que há relativamente pouco tempo começaram a mudar de um sistema baseado em seguros para um sistema com base em impostos e, conseqüentemente, que se encontram numa fase de transição, correspondendo ao Modelo Misto do Sul da Europa (Barros, 2002).

Nos sistemas de saúde da união europeia os prestadores de cuidados de primários de saúde são frequentemente pagos numa combinação de capitação²⁶ com pagamento por acto (serviço) (Thomson, 2009). Os médicos especialistas, nos sistemas de saúde de índole *Bismarckiana* são maioritariamente pagos por pagamento por acto enquanto nos sistemas *Beveridgeanos* são tendencialmente pagos em salários (Thomson, 2009). Os hospitais são alocados com orçamentos, mas o pagamento por caso clínico tem visto a sua utilização aumentada como forma de pagamento quer para definir orçamentos quer como referência para uma forma retrospectiva de pagamento (Thomson, 2009).

O financiamento e o aprovisionamento de cuidados de saúde podem ser simplificados como uma troca ou transferência de recursos: o prestador transfere recursos de saúde para os consumidores (pacientes) e os consumidores ou terceiros pagadores²⁷ transferem os recursos financeiros para os prestadores (Figura 5) (Mossailos, 2002). Para financiar serviços de saúde, o terceiro pagador deve colectar receitas, directa ou indirectamente, a partir da população que ele protege (pode cobrir toda a população ou apenas um subgrupo da população, por exemplo, quem trabalha).

²⁶Segundo Barros, a sequência de formas contratuais de pagamento - pagamento baseado no acto, pagamento baseado na diária de internamento, pagamento por caso clínico, pagamento por orçamento global, pagamento por capitação - segue uma gradação desde a unidade mais fina (pagamento por acto), até uma unidade de pagamento bastante agregada (pagamento por capitação) (Barros, 2002). De um modo geral, nos países europeus, assiste-se a um movimento no sentido de sistemas de pagamento aos hospitais com base em medidas mais agregadas (Barros, 2002).

²⁷O desenvolvimento dos sistemas de saúde levou a considerar um terceiro pagador que oferece à população protecção contra o risco financeiro de ficar doente, permitindo que os riscos sejam partilhados além de ser também um meio de alcançar uma redistribuição interpessoal (Mossailos, 2002).

Esta colecta é depois usada para reembolsar o consumidor (paciente) ou o prestador (Mossailos, 2002).

Existem diversos modelos de articulação entre financiadores, consumidores e prestadores²⁸ (Nunes, 2003B). Os mais frequentes são: o modelo de reembolso, de contrato e o modelo integrado (Nunes, 2003B). A evolução para novos modelos de organização e de relação interinstitucional tem sido uma das transformações mais significativas dos países da União Europeia. Estes novos modelos tendem para sistemas públicos de contrato²⁹ (Quadro IV), de forma a permitir que os objectivos definidos sejam atingidos sem abrir mão de alguns dos seus princípios fundamentais, nomeadamente o financiamento público, a universalidade no acesso e a equidade na distribuição dos seus resultados (Escoval, 2009).

Panorâmica Internacional

Holanda: Modelo de Financiamento de Matriz Bismarckiana

Em 2007, a despesa total com a saúde da Holanda³⁰ foi de 8,9% do PIB, ligeiramente abaixo da média da União Europeia (Europa dos 15) (Schäfer, 2010). Já em termos *per capita*, a despesa total com a saúde holandesa situou-se (em 2006) acima da média da União Europeia. Esta diferença pode ser explicada pelos aumentos *per capita* elevados na Holanda (Schäfer, 2010) (Figuras 6 e 7).

O seguro básico de saúde, *Health Insurance Act (ZvW)*, é obrigatório para todos os residentes nos Países Baixos (Schäfer, 2010). Aqueles que não são residentes mas trabalham na Holanda e pagam impostos ao *Tax officer (Belastingdienst)* também estão segurados compulsoriamente (Schäfer, 2010). Existem excepções para dois grupos: 1) Os indivíduos que recusam os seguros de saúde em virtude de crenças religiosas ou

²⁸ Quanto a este último vértice da relação, os prestadores, eles podem ser privados, públicos e socializados (Nunes, 2003B).

²⁹ Vários países começaram a trocar os modelos integrados financiamento por outros, onde os terceiros pagadores públicos (ou quase públicos) estão separados dos prestadores de cuidados de saúde (Nunes, 2003B).

³⁰ O sistema de saúde holandês ficou em primeiro lugar de acordo com o *Health Rating Powerhouse* em 2009.

doutrinas filosóficas (*gemoedsbezwaarden*) e 2) Membros das forças armadas. (Schäfer, 2010).

O *Exceptional Medical Expenses Act (AWBZ)* é um esquema de seguro social de saúde para os cuidados continuados (*long term care*)³¹ (Schäfer, 2010). Este esquema de seguro foi desenhado para responder às necessidades de saúde daqueles que padecem de condições crónicas e requerem um cuidado continuado que envolve, obviamente, consequências financeiras consideráveis, como por exemplo, cuidados para pessoas deficientes, com afecções físicas ou mentais congénitas (Schäfer, 2010).

Nos Países Baixos, os SSV podem ser caracterizados como complementares uma vez que proporcionam cobertura para serviços excluídos ou não totalmente cobertos nos esquemas de seguros sociais de saúde AWBZ e Zvw³² (Schäfer, 2010).

Em 2007, o sector da saúde era principalmente financiado através de contribuições compulsórias e prémios (66%, dos quais 36% eram para o Zvw e 31% para o AWBZ), seguidas pelo sector privado (14%, do qual 10% eram para os *out-of-pocket payments* e 4% para os SSV complementares) e governo (14%) (figura 12). (Schäfer, 2010).

As formas de pagamento aos serviços e aos prestadores de cuidados de saúde encontram-se resumidas no Quadro (V) e (VI), respectivamente. (Schäfer, 2010).

³¹ Do mesmo modo que para o seguro básico de saúde, todas as pessoas residentes nos Países Baixos e não residentes mas que trabalham naquele país, estão compulsoriamente assegurados por este esquema (*Act*) (Schäfer, 2010). As excepções são feitas para os mesmos dois grupos que estão acima referidos a respeito do pacote básico (Schäfer, 2010).

³² Antes da reforma dos cuidados de saúde de 2006, aproximadamente 1/3 da população estava segura por SSV de substituição, enquanto os outros 2/3 estavam assegurados através de Seguro Social de saúde (Schäfer, 2010). O SSS era compulsório para todos os trabalhadores com uma remuneração abaixo de determinado nível. Independentes instituições e empregados com rendimento elevado não tinham outra opção senão recorrer a seguros privados de saúde (Schäfer, 2010). Após a reforma os SSV de substituição desapareceram, e os SSS tornaram-se compulsórios para todos os cidadãos via *Health Insurance Act (Zvw)* (Schäfer, 2010).

Itália: Modelo de Financiamento de Índole Beveridgeana

A despesa total com a saúde da Itália, quer em termos de PIB (Figura 6 e 7), quer em termos *per capita* (2006) situava-se ligeiramente abaixo da média da União Europeia (Lo Scalzo, 2009) e (Schäfer, 2010).

O sistema de saúde italiano baseia-se num Serviço Nacional de Saúde (*Servizio Sanitario Nazionale*) que providencia cobertura universal, gratuito no momento da utilização. Este sistema está organizado em três níveis: nacional, regional e local, e as suas principais fontes de financiamento encontram-se resumidas na figura 8 (Lo Scalzo, 2009).

Em relação ao pagamento dos hospitais públicos, este é efectuado, desde 1999, através de um orçamento global predeterminado constituído por 2 elementos: pagamentos dos cuidados *Inpatient* e *Outpatient* através de taxas predeterminadas baseadas nos *diagnostic-related groups (DRGs)* e pagamentos baseados na média dos custos de produção para cuidados de emergência e acidentes, esquemas de prevenção, serviços sociais, transplantes e gestão de doenças crónicas.

As formas de pagamento dos profissionais de saúde encontram-se sumariadas no Quadro VII (Lo Scalzo, 2009).

Panorâmica Nacional

Em Portugal existem três sistemas coexistentes e sobreponíveis na saúde: o SNS, os subsistemas de saúde³³ e os seguros de saúde privados voluntários (Barros, 2007)

Tal como a maioria dos sistemas europeus de saúde, o sistema português é um misto de financiamento público e privado (Barros, 2007). O SNS que providencia cobertura universal está financiado predominantemente em impostos (Barros, 2007). Os subsistemas de saúde que providenciam quer cobertura total quer cobertura parcial cobrem entre um quinto a um quarto da população e são conseguidos através de contribuições de funcionários e entidades empregadoras (incluindo contribuições do Estado como empregador) (Barros, 2007). Uma larga proporção do financiamento é

³³ Existem certos esquemas de seguros públicos e privados para certos profissionais – os subsistemas – que são compulsórios para grupos de funcionários/empregados (Barros, 2007). Aproximadamente 20 a 25% está coberta por um subsistema de saúde (Barros, 2007).

privada, principalmente na forma de co-pagamentos³⁴ e pagamentos directos pelo paciente, e numa menor extensão na forma de prémios a esquemas de seguro privados e instituições mútuas (Barros, 2007).

A figura 9 mostra a percentagem da despesa total de saúde financiada por fontes públicas e privadas (Barros, 2007).

O sistema de saúde português não sofreu alterações significativas no campo do financiamento até aos inícios de 1990, apesar do aumento da despesa pública de saúde (Barros, 2007). No entanto, a partir de meados de 1990, tem havido muitas tentativas de substituir pagamentos retrospectivos por prospectivos³⁵ aos prestadores (Barros, 2007). Desde 1997 tem-se assistido a uma evolução do peso do financiamento com base na produção (Barros, 2007). Enquanto em 1997, uma percentagem significativa do pagamento do internamento hospitalar era feita com base no modelo retrospectivo (90%), em 2002, 50% do orçamento dos hospitais atende ao *case-mix*³⁶ e ao valor da produção previstos (Quadro VIII) (Barros, 2007).

Actualmente, o financiamento da prestação dos cuidados de saúde dos hospitais é determinado por duas principais componentes: o financiamento histórico e o

³⁴ Segundo Rego, entende-se por co-pagamento a parte (fixa ou proporcional) do custo total da prestação do cuidado de saúde que é pago directamente pelo doente. Esta noção é válida tanto para sistemas privados como para os sistemas públicos. O co-pagamento pode ser perspectivado como: a) fonte de racionalização, e b) fonte de financiamento. Ou seja, por um lado os co-pagamentos permitem financiar os sistemas públicos de saúde e, por outro, permitem racionalizar o consumo (Rego, 2008).

³⁵ O modelo retrospectivo de pagamento tem por base a despesa que foi efectuada nos anos anteriores, não tendo em consideração a produção de cuidados de saúde (Rego, 2008). O modelo prospectivo, pelo contrário, tem por base de pagamento a actividade desenvolvida, tomando em consideração o nível de produção e o nível de desempenho do prestador (Rego, 2008). Existe uma enorme discussão em torno das vantagens e as desvantagens dos modelos de pagamento, retrospectivo e prospectivo. Barros defende que nenhum sistema é ideal, ao afirmar que “os efeitos perversos em cada caso podem ser agravados pelo meio em que os médicos exercem” (Barros, 2002). A solução, segundo o referido autor, passa por conseguir uma combinação dos dois sistemas de pagamento que contribua com incentivos para o desempenho e controlo dos custos (Barros, 2002).

³⁶ O *case-mix* traduz a variedade das situações clínicas dos doentes tratados por cada hospital ou outra unidade de saúde e o índice *case-mix* é o valor que representa a diversidade dos casos tratados em cada hospital (Rego, 2008).

financiamento ajustado pela produção, tendo em consideração os GDH³⁷ e os preços-base em função dos agrupamentos hospitalares considerados (Rego, 2008).

Os profissionais de saúde que trabalham para o SNS são pagos através de salários. Em alguns hospitais, mecanismos de incentivo como um pagamento relacionado com a produção estão a ser introduzidos (Barros, 2007). Reformas dos cuidados primários com a criação das Unidades de Saúde Familiar (USFs), também se encontram a introduzir pagamentos com a actividade (Barros, 2007). Os serviços de saúde privados são pagos numa base de pagamento por acto. Muitos, senão a maioria, envolvem acordos explícitos com o SNS (Barros, 2007).

As formas de pagamento dos serviços e dos profissionais de saúde portugueses encontram-se sumariadas nos Quadros IX e X (Barros, 2007).

PLATAFORMA POLÍTICA

Protecção da Saúde como uma Conquista Civilizacional

Historicamente o sistema de saúde português foi sofrendo diversas alterações, desenvolvendo-se e acompanhando, mesmo que com algum atraso, as transformações ocorridas nos sistemas de saúde que surgiram no final do século XIX com Revolução Industrial (Harfouche, 2008).

Mas só nos finais do Estado Novo, em 1971, em pleno consulado de Marcelo Caetano, é que seria reconhecido, explicitamente, o direito à saúde e a consequente responsabilização do Estado, na sequência da nova lei orgânica do Ministério da Saúde e Assistência, da responsabilidade do Professor Gonçalves Ferreira (Decreto-Lei n.º 413/71 de 27 de Setembro) (Harfouche, 2008). Assim, a intervenção do Estado deixa de ser supletiva para ser responsável pela política de saúde, bem como pela sua execução (Harfouche, 2008).

³⁷ Grupos de Diagnóstico Homogéneo (GDH) definem-se como: “sistemas de classificação de doentes internados em hospitais de agudos, em grupos clinicamente coerentes e similares do ponto de vista do consumo de recursos. Na sua versão actual cada doente é classificado num GDH, a partir do sistema orgânico afectado, a realização ou não de intervenção cirúrgica e o tipo de intervenção, o diagnóstico principal, os diagnósticos secundários, a idade e o destino após a alta” (Rego, 2008).

A alteração política determinada pelo 25 de Abril de 1974 preconiza a criação de um SNS e, em 1976, a Constituição Portuguesa, no seu artigo 64.º, dá expressão legal àquela pretensão (Harfouche, 2008). Neste contexto, assistiu-se a um crescimento exponencial da procura de cuidados de saúde, atingindo praticamente 100% da cobertura da população em 1978 (Harfouche, 2008). O financiamento da saúde passou, assim, da responsabilidade primária do indivíduo para o Estado (Harfouche, 2008).

Finalmente, em 1979 e nos termos da Constituição, seria criado o SNS (Lei 56/79, de 15 de Setembro), mais conhecida por Lei Arnault, com acesso universal por parte da população, a todas as prestações abrangidas pelo SNS sem restrições, de forma integrada e gratuita (Harfouche, 2008).

Podia, nessa altura, ter-se optado por tentar implementar um sistema de seguro terceiro-pagador, que contrata ou convenciona a prestação de serviços com fornecedores de estatutos vários, público, particular ou privado, do tipo *bismarckiano*, ou seja, um sistema caracterizado pela separação nítida entre quem financia ou paga os cuidados e quem os presta, no qual os direitos originários são garantidos a quem previamente descontou para o sistema segurador da segurança social (Campos, 2008). No entanto, optou-se pelo modelo SNS, de matriz *beveridgeana*³⁸, que se caracteriza por beneficiar todos os cidadãos independentemente da sua situação perante o emprego, dado ser pago por impostos e não por quotizações indexadas sobre rendimentos do trabalho (Campos, 2008).

A segunda revisão constitucional, em 1989, introduziu algumas reformas do sistemas de saúde e substituiu o princípio da completa gratuitidade pelo de tendencialmente gratuito e introduziram-se as taxas moderadoras (Harfouche, 2008).

Universalidade do Acesso e Segmentação (Tiering)

O SNS por definição cobre todos os residentes em Portugal. Por isso, pode dizer-se que a cobertura universal foi conseguida no sistema português de saúde. Contudo, o facto de uma proporção considerável da população desfrutar de cobertura dupla (estimada entre 20 e 25 %), quer por subsistemas ou por SSV, sugere que barreiras ao

³⁸ Portugal faz parte do conjunto de países da União Europeia que possui SNS, inspirado no modelo *Beveridgeano* onde a prestação de cuidados e o financiamento se fazem principalmente no contexto do sector público (Harfouche, 2008).

acesso existem. Na ausência de qualquer barreira ao acesso, não haveria razão para pagar SSV. Mais, o uso extenso dos subsistemas de saúde³⁹, nomeadamente para consultas da especialidade, suporta esta ideia (Barros, 2007).

No nosso país, e no contexto da eficiência de um serviço público que pretende garantir a universalidade, a segmentação – ou seja, a existência de pelo menos dois níveis distintos no acesso a cuidados de saúde – revela-se pela possibilidade de adquirir serviços adicionais em alternativa aos cuidados oferecidos pelo SNS. Os subsistemas (ADSE, SAMS, etc.) e os seguros comerciais (Médis, Avancecare, etc) são um bom exemplo. Para Nunes, não existe em princípio objecção à segmentação da procura dos cuidados de saúde, desde que se verifique, por um lado, a existência de um nível de prestação básico que garanta igualdade de oportunidades, e, por outro lado, a existência de distintos níveis de prestação não prejudique a organização e o funcionamento do sistema básico, através, nomeadamente, da limitação do acesso aos cuidados de saúde essenciais. Cumpridos estes requisitos, e tal como noutras circunstâncias, aquilo que cada cidadão decide fazer com os recursos de que dispõe é, segundo Nunes, da sua exclusiva responsabilidade (Nunes, 2003B). Também, segundo este autor, não existe objecção de princípio a que a segmentação seja efectuada através de esquemas *opting-out*, parcial ou total. Trata-se da possibilidade de um cidadão poder livremente escolher, optar, por sair do âmbito da protecção do SNS (excepto em situações de emergência) e aderir a um plano de promoção da saúde e protecção da doença a cargo de um seguro privado, desde que preencha os critérios estabelecidos pela legislação (Nunes, 2003B).

Papel do Estado vs. Responsabilidade Individual

Até há bem pouco tempo, em Portugal, o Estado⁴⁰ era dominante, acumulando simultaneamente vários papéis, e intervindo, nomeadamente como prestador de

³⁹ Contrariamente ao que dispunha a Lei n.º 56/79 (cria o SNS), que entendia os subsistemas, nomeadamente tutelados directa ou indirectamente pelo Estado, como realidades transitórias, a Lei n.º 48/90 (Lei de Bases da Saúde), embora reservando para o SNS um papel de protagonista na política de saúde, reconhece os subsistemas implicitamente, como estruturas através das quais também se articula a política de saúde do governo (Harfouche, 2008).

⁴⁰ As funções principais do sistema de saúde – planeamento, regulação, financiamento, gestão – sobrepõem-se devido à natureza integrada do modelo de provisionamento de cuidados de saúde,

cuidados de saúde, como financiador e como regulador do mercado (Figura 10) (Harfouche, 2008).

Os objectivos de cada um destes papéis eram, por vezes conflituantes, ocasionando decisões contraditórias. Face a esta multiplicidade de papéis era consensual que o Estado devia clarificar a sua posição e, provavelmente, reservar para si, aqueles em que é insubstituível, delegando para entidades terceiras os restantes (Harfouche, 2008).

Campos defende, a este respeito, que o papel do Estado na Saúde, “deixe de ser o de Estado-empresário para ser o de Estado-regulador” (Campos, 1994) e (Harfouche, 2008)⁴¹.

Um sistema de cuidados de saúde especializado e altamente desenvolvido não poderá resolver por si só, os problemas de saúde que dependem da acção comportamental, económica e social a nível da população, sendo imprescindível uma acção intersectorial destinada a promover a saúde (Comissão das Comunidades Europeias, 1995) e (Harfouche, 2008). Esta intervenção intersectorial já estava consagrada na recomendação n.º4 da Declaração de Alma-Ata – “É direito e dever dos povos participar individual e colectivamente no planeamento e na execução de seus cuidados de saúde” (OMS, 1978) e (Harfouche, 2008). Também a OMS ao longo de toda a obra das Metas de Saúde para Todos, sublinha a importância dos outros sectores (OMS, 1985) e (Harfouche, 2008). De facto, no que toca ao financiamento, a saúde não se encontra desinserida do todo social, sendo fundamental um esforço intersectorial⁴² para se alcançar a equidade distributiva (Nunes, 2003B).

no qual o Estado é simultaneamente o principal prestador e o principal financiador (Barros, 2002).

⁴¹ A este propósito, Rui Nunes considera que paralelamente à discussão sobre as fontes e modelos de financiamento, devia continuar a estimular-se o debate em torno da translação de um Modelo de Estado-Prestador para um modelo de Estado-Regulador (Majone, 1994, 1997) no qual a introdução de mecanismos de mercado concorrencial regulado – entre operadores públicos, privados e sociais – permitisse utilizar melhor os recursos de que dispomos. Esta perspectiva, inevitável segundo o autor, exige uma disciplina ideológica que permita assegurar os valores nucleares da nossa sociedade sem comprometer o rigor necessário da utilização dos dinheiros públicos (Nunes e Rego, 2010).

⁴² A diversidade dos actores sociais, capazes de intervir nos cuidados de saúde, como a escola, a universidade, forças armadas, igreja, bem como outras organizações não governamentais, são

Em Portugal, a Lei de Bases da Saúde (LBS), aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, nos termos do qual o Ministério da Saúde tem como atribuições definir a política nacional de saúde se efectivará pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado⁴³ (Harfouche, 2008). Conforme a própria Lei reconhece, desde logo, na base I, n.º 1, a questão da saúde é uma tarefa para toda a comunidade e não apenas do sector público da saúde (Harfouche, 2008). Ao contrário do que por vezes se é levado a pensar, a tarefa do desenvolvimento sócio-económico de um povo não é da responsabilidade exclusiva dos governos (Harfouche, 2008). Também os cidadãos e as suas organizações profissionais, civis, culturais e políticas têm um papel decisivo a desempenhar a viabilização de um projecto de desenvolvimento da sociedade onde vivem (Harfouche, 2008)

A implementação cabal de uma política de saúde deve ter em linha de conta o papel dos diferentes actores envolvidos, nomeadamente o médico enquanto agente prescritor, a indústria farmacêutica e de tecnologias de saúde, o farmacêutico enquanto distribuidor e o doente enquanto consumidor de cuidados de saúde (Nunes, 2002B). A todos esses níveis, deve ser implementada uma política de auditoria do sistema - o conceito matricial de *accountability*⁴⁴ – no que respeita tanto aos objectivos como aos resultados da sua intervenção (Nunes, 2002B). *Accountability* juntamente com

lugares insubstituíveis para a plena expressão da solidariedade no financiamento (Harfouche, 2008).

⁴³ O Estado promoverá e garantirá o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis (Harfouche, 2008).

⁴⁴ *Accountability* é o termo utilizado para justificar a utilização de recursos (Rego, 2008). Refere-se, por um lado, à necessidade de tornar visível e transparente o processo de decisão em cuidados de saúde, e por outro, ao método para atingir este objectivo (Rego, 2008). A visibilidade e a transparência são expressão do dever democrático de prestar contas à sociedade em dois sentidos: *Public accountability* e *Democratic accountability* (Nunes, 2009). *Public accountability* aponta o dever de envolver tanto a sociedade em geral como o cidadão em particular nas decisões respeitantes ao sistema de saúde (Nunes, 2009). *Democratic Accountability* traduz o dever de uma autoridade reguladora independente prestar contas à sociedade através de um processo visível e transparente (ex.: audição parlamentar) (Nunes, 2009).

*governance*⁴⁵ e *responsiveness*⁴⁶ formam uma trindade de palavras anglo-saxónicas que devem pautar a doutrina da regulação em geral, e da regulação saúde em particular. (Nunes, 2009).

De facto, um dos maiores problemas da actual política de saúde é a ausência da prestação de contas (*political accountability*) de muitas das medidas implementadas. Deve ser então considerada como uma prioridade a aproximação do poder político aos cidadãos e a delegação ou a partilha de competências na gestão da saúde deve ser implementada, reforçando o papel das autarquias e redefinindo o papel das associações regionais de saúde (ARS) (Nunes e Rego, 2010).

A descentralização é formalmente a palavra-chave da rede constitucional do SNS. A Lei de Bases da Saúde de 1990 estabelece que o SNS é gerido a um nível regional, com a responsabilidade do estado de saúde de uma população correspondente, a coordenação da prestação de cuidados de saúde a todos os níveis e a alocação dos recursos financeiros de acordo com as necessidades das populações (Barros, 2007). Isto está em linha com as tendências de reforma em muitos países europeus, que defendem a descentralização como um meio efectivo de melhorar a prestação de serviços, para melhor alocar recursos de acordo com as necessidades, para envolver a comunidade nas decisões e para reduzir iniquidades na saúde (Barros, 2007).

Modelos Alternativos de Financiamento

Actualmente segundo Jorge Simões “não se trata de estudar modelos alternativos ao SNS mas sim estudar modelos alternativos ao financiamento do SNS” (Portal da Saúde, 2006).

Da análise das grandes tendências internacionais no que diz respeito aos vários modelos de financiamento possíveis, e das medidas de reforma adoptadas nos diferentes países, verifica-se que não existe uma fórmula milagrosa para a manutenção de um

⁴⁵ *Governance* significa governação responsável e transparente do sistema de saúde no sentido de uma *governance* regulatória com delimitação suficientemente rigorosa das tarefas de definição estratégica e das políticas do sector (a cargo do governo) face à função de regulação secundária e de supervisão técnico-administrativa e económica, que deve caber a um organismo independente do poder político (Nunes, 2009).

⁴⁶ *Responsiveness* aponta o dever de os representantes políticos promoverem a governação em sintonia substancial com as aspirações dos concidadãos (Nunes, 2009).

sistema de saúde financeiramente sustentável, geral, equitativo e com qualidade (Relatório Final da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, 2006). Em larga medida, o que se observa actualmente decorre do percurso histórico de cada país (Relatório Final da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, 2006).

De acordo com o Relatório Final⁴⁷ da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do SNS⁴⁸ a discussão de possíveis alterações à forma como o financiamento do SNS se encontra organizado gerou duas grandes conclusões. Por um lado, para garantir a sustentabilidade financeira do SNS é necessário adoptar várias medidas simultaneamente, não tendo sido identificada uma medida que, por si só, a assegure. Em segundo lugar, há uma grande dependência da sustentabilidade financeira do SNS de factores extrínsecos ao sector da Saúde, como sejam a evolução da restante despesa pública e das receitas do Estado (que estão directamente relacionadas com o crescimento da economia) (Relatório Final da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, 2006). Neste sentido, a Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do SNS elaborou um bloco de sete recomendações ao Governo que, no seu conjunto, permitem a expectativa de menor crescimento das necessidades de financiamento do SNS, assegurando a sua sustentabilidade financeira e se encontram sumariadas no Quadro XI (Relatório Final da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em suma, em relação ao substrato ético dos modelos de financiamento, podemos afirmar que o conceito de justiça distributiva tem como objectivo assegurar o direito de acesso de todos os cidadãos aos cuidados básicos de saúde, baseando-se nos princípios éticos substantivos de equidade e solidariedade (Nunes, 2002B). Este direito à protecção

⁴⁷ Este relatório foi solicitado por Despacho conjunto do Ministério de Estado e das Finanças e do Ministro da Saúde, em 13 de Março de 2006.

⁴⁸ Esta comissão tem como função central analisar a evolução recente das necessidades de financiamento do SNS e, à luz do enquadramento constitucional português, identificar as diversas modalidades de partilha de custos da saúde, de alternativas possíveis e o seu impacto na procura de cuidados e na despesa gerada (Portal da Saúde, 2006).

da saúde é hoje considerado como um direito civilizacional, implica claramente a universalidade do acesso a um pacote básico e é determinado por procedimentos justos e transparentes (Nunes, 2002B).

No que concerne à vertente económica, importa ressaltar a tendência europeia de substituir o tradicional modelo público de distribuição de recursos por um modelo contratual, combinando o financiamento, essencialmente público, com um sistema de contratos entre compradores e prestadores funcionalmente separados, que se repercute em Portugal (Harfouche, 2008).

No que toca à plataforma política, como refere António Correia de Campos “uma política de saúde responsável, em Portugal, não deve gastar menos em saúde, mas gastar melhor”; “após 30 anos da criação do SNS, mudar de sistema não faz sentido” (Campos, 2008). No entanto, exige escolhas, segundo Campos: ou evoluir de acordo com os interesses instalados ou progredir no sentido de uma utilização dos diferentes recursos mais eficiente para dar resposta a crescentes necessidades de saúde das populações, sem menosprezo da equidade (Campos, 2008).

Por fim, defendemos que as diferentes perspectivas sobre os modelos de financiamento da saúde – Ética, Económica e Política – não são mutuamente exclusivas. Podemos dizer que mais do que o mero apuramento e ponderação dos pontos de vista de cada perspectiva, isoladamente, a sua respectiva contribuição para um todo global é a condição *sine qua non* não podemos discernir com maior clareza o papel que os modelos de financiamento assumem, hoje em dia, num sistema de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arrow, K., (1963), *Uncertainty and Welfare economics of medical care*, The American Economic Review, vol. 53 (3), pp. 941-973;
- Barros, P. e Gomes, J. (2002), *Os Sistemas Nacionais de Saúde da União Europeia, Principais Modelos de Gestão Hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Português*, Faculdade de Economia, Universidade Nova de Lisboa;
- Barros, P. e Simões J. (2007), *Portugal: Health system review*, Health Systems in Transition, 9(5): 1 — 140;
- Barros, P. (2009), *Economia da Saúde: Conceitos e Comportamentos*, Coimbra, Almedina.
- Beauchamp, T. e Childress, J.F., (2002), *Princípios de Ética Biomédica*, São Paulo, Brasil: Edições Loyola;
- Borges, D., (2010), “European Health Systems and the Internal Market”, *Health Care Anal*;
- Campos, A., C. (1994), *Administração de Serviços de Saúde, Gestão Estratégica e Competição Gerida*, Revista Portuguesa de Saúde Pública, p(1), pp. 5-8;
- Campos, A., C. (2008), *Reformas da Saúde: O Fio Condutor*, Coimbra, Almedina;
- Comissão das Comunidades Europeias (1995), *Relatório da Comissão sobre o estado de saúde na Comunidade Europeia*, Bruxelas, Serviço de Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.
- Escoval, A., Matos, T. (2009), Seminário Financeiro, Pagar, Contratar em Saúde: das Actividades aos Resultados, em <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/InFormacao/Ana%20Escoval.pdf>;
- Harfouche, A. (2008), *Hospitais Transformados em Empresas - Análise do Impacto na Eficiência: Estudo comparativo*, Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas;
- Health Consumer Powerhouse, Health Consumer Index 2009 Report.
- http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Proposta_de_um_Sistema_de_Financiamento_para_Portugal, em 18/01/2010;
- Kutzin, J. (2001), A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements, *Health policy*, 56(3): 171-204.
- Lei n.º 56/79 – Criação do Serviço Nacional de Saúde, Diário da República, Série I, 15 de Setembro de 1979;
- Lei n.º 48/90 – Lei de Bases da Saúde, Diário da República, Série I, de 24 de Agosto de 1990;
- Lei n.º 27/2002 – Aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar, Diário da República, Série I-B, 8 de Novembro de 2002;
- Lo Scalzo, A., Donatini, A., Orzella, L., Cicchetti, A., Profili S., Maresco, A. (2009), *Italy: Health system review*, Health Systems in Transition 11(6)1-216.
- Majone, G. (1994), “The rise of the regulatory state”, *Journal of Public Policy* 17 (3), pp77-101.
- Majone, G. (1997), “From the positive to regulatory state”, *Journal of Public Policy* 17 (2), pp139-167.
- Mossialos, E., et al., (2002), *Funding health care: options for Europe*, European Observatory on Health Care Systems;
- Nozick, R. (1974). *Anarchy, state and utopia*, New York, Basic Books.

- Nunes, R., (2002A), *Bioética e Deontologia Profissional*, Colectânea Bioética Hoje – IV, Gráfica de Coimbra;
- Nunes, R. e Rego, G. (2002B), *Prioridades em Saúde*, Lisboa: McGraw-Hill;
- Nunes, R., (2003A), *Política de Saúde*, Universidade Portucalense Infante D. Henrique;
- Nunes, R., Rego, G., Nunes, C., (2003B), *Afectação de Recursos para a Saúde: Perspectivas Para um Novo SNS*, Colectânea Bioética Hoje - VI, Coimbra, Gráfica de Coimbra;
- Nunes, R. (2009), *Regulação da Saúde*, Porto, VidaEconómica, 2.ª edição;
- Nunes, R. e Rego, G., (2010), *Gestão da Saúde*, Lisboa: Prata e Rodrigues.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde 2010: *Relatório de Primavera 2010 – Desafios em tempos de crise*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública;
- Organização Mundial de Saúde (1978), *Declaração de Alma-Ata: recomendações*, Lisboa, Ministério dos Assuntos Sociais, Instituto Nacional de Saúde;
- Organização Mundial de Saúde (1985), *As Metas da Saúde para Todos*, Lisboa, DEPS.
- Portal da Saúde, Intervenção de Jorge Simões na abertura da Conferência sobre o Financiamento da Saúde, 24 de Novembro de 2006;
- Rego, G., (2008), *Gestão Empresarial dos Serviços Públicos - Uma Aplicação ao Sector da Saúde*, Vida Económica - Editorial S.A.
- Relatório Final da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, 2006;
- Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Westert G, Devillé W and van Ginneken E (2010), *The Netherlands: Health system review*, Health Systems in Transition, 12(1):1–229.
- Thomson, S. et al., (2009), *Financing Health Care in the European Union: Challenges and policy responses*, European Observatory on Health Systems and Policies;
- WHO, World Health Report 2010.

ANEXOS

Quadro I: 10 Factos sobre o Financiamento da Saúde (adaptado de WHO, 2010).

Facto	Descrição
N.º 1	Milhões de pessoas não recorrem a cuidados de saúde porque não têm rendimento para os pagar (WHO/C. Black).
N.º 2	Cada ano, 100 milhões de pessoas são empurradas para a pobreza porque têm de pagar directamente pelos cuidados de saúde (WHO/Tom Pietrasik).
N.º 3	Uma pequena percentagem alterada no orçamento alocado à saúde pode criar aumento enorme de recursos em saúde (IRIN/Tugela Riddley).
N.º 4	Uma colecta de impostos mais eficiente gera mais dinheiro para o governo poder gastar na saúde (WHO/Thomas Moran).
N.º 5	Fontes novas ou reforçadas de receita podem impulsionar as finanças da saúde (WHO/C. Black).
N.º 6	Os países ricos precisam de manter as suas promessas de ajuda (WHO/C. Black).
N.º 7	A OMS recomenda os mecanismos de pré-pagamento (por exemplo, seguros ou impostos) para aumentar e armazenar os fundos de forma a assegurar o acesso e prevenir eventuais riscos financeiros (Wairarapa District Health Board).
N.º 8	Despesa mais eficiente no aumento da cobertura de saúde (WHO/Emily Simon).
N.º 9	Uso mais racionado de medicamentos pode salvar países em 5% da sua despesa em saúde (WHO/C. Black).
N.º 10	1/2 a 2/3 da despesa total dos governos em saúde é usado para cuidados hospitalares (Ilir Kulloll).

Quadro II: Princípios Materiais de Justiça (adaptado de Beauchamp, 2002; Rui Nunes, 2003; Borges 2010).

- A todas as pessoas uma parte igual;
- A cada um de acordo com a sua necessidade;
- A cada um de acordo com o seu esforço;
- A cada um de acordo com a sua contribuição;
- A cada um de acordo com o seu merecimento;
- A cada um de acordo com as trocas do livre mercado;

Quadro III: Principais Componentes dos Sistemas de Financiamento da saúde (adaptado de Mossailos, 2002).

Financiamento da Saúde	Fontes de Financiamento (<i>Revenue Collection</i>)
	Acumulação em Fundos (<i>Fund Pooling</i>)
	Pagamento (<i>Purchising</i>)

Quadro IV: Contratualização (adaptado de Barros, 2002).

Objectivos da Contratualização	<p>Os proponentes da contratualização apresentam quatro razões principais para sua introdução nos sistemas baseados em impostos: (1) encorajar a descentralização da gestão, (2) melhorar o desempenho dos prestadores, (3) melhorar o planeamento do desenvolvimento dos cuidados de saúde e (4) melhorar a gestão dos cuidados de saúde (Barros, 2002).</p>
Tipos de Contrato	<p>Contratos rígidos</p> <p>Estes contratos podem ser comparados a um orçamento para um serviço definido. O comprador (ou o comissário) compromete-se a pagar um montante em troca ao acesso a um rol de serviços estabelecidos. Os contratos rígidos podem conter adicionalmente combinações que digam respeito ao volume máximo e ao volume mínimo dos serviços a serem prestados e na monitorização da qualidade, embora esta área ainda permaneça pouco desenvolvida devido à falta de informação sobre os resultados de saúde (Barros, 2002).</p> <p>Contratos de custo e volume</p> <p>Estes contratos constituem um refinamento dos contratos rígidos uma vez que o pagamento para determinados serviços está mais explicitamente relacionado com os serviços a serem oferecidos. Por exemplo, pode ficar estipulado que o comprador (ou o comissário) pague um montante estabelecido para um número determinado de doentes a serem tratados numa especialidade. Num refinamento suplementar, os pagamentos podem ser diferenciados de acordo com o serviço prestado (por exemplo, categorias de custo elevado, de custo médio e de custo baixo) (Barros, 2002).</p> <p>Contratos de custo por caso</p> <p>Um único custo é estabelecido para cada item de serviço. Até hoje, poucos contratos deste tipo foram realizados uma vez que este tipo de acordos requer informação sobre o custo dos tratamentos individuais com graus de detalhe e precisão não disponíveis actualmente. Os sistemas de informação de custos estão a ser desenvolvidos e são cada vez mais usados para alcançar uma gestão de recursos mais eficaz. (Barros, 2002).</p>

Quadro V: Modalidades de Pagamento dos Serviços de Saúde utilizadas na Holanda (Schäfer, 2010).

Serviços de Saúde	Modalidade de Pagamento
Cuidados hospitalares na dependência do <i>ZvW</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Pagamento através do <i>Diagnostic Treatment Combinations (DBC)</i>. Este sistema foi inspirado no conceito de <i>diagnosis-related groups (DRG)</i>, mas constitui um novo sistema de classificação desenvolvido. - Para o <i>A-segment (DBC não negociáveis)</i> o pagamento é ainda estabelecido com o antigo sistema de orçamento que é baseado na capacidade e nas funções do hospital.
Cuidados continuados na dependência do <i>AWBZ</i>	<ul style="list-style-type: none"> - A partir da reforma de 2009, os pagamentos são baseados na intensidade e na capacidade dos cuidados providenciados. Antes de 2009, os pagamentos eram efectuados com base na capacidade (número de espaços disponíveis para os pacientes); - Depende se o paciente recebe o cuidado tipo <i>in kind</i> ou tipo orçamento individual.
Serviços de suporte social na dependência do <i>Social Support Act (Wmo)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - São os municípios que pagam estes serviços.
Saúde Mental	<ul style="list-style-type: none"> - Os primeiros 365 dias são pagos através do <i>ZvW</i>. O pagamento dos profissionais da saúde mental sob a tutela deste esquema é baseado nos <i>DBC</i>; - Os pacientes que ficam para além dos 365 dias são pagos através do <i>AWBZ</i> (ver acima).
Cuidados farmacêuticos	<ul style="list-style-type: none"> - Para o <i>Inpatient care</i>, os cuidados farmacêuticos (quer somático quer mental) está incluído no sistema <i>DBC</i> para os cuidados institucionais. - Para o <i>Outpatient care</i>, os farmacêuticos só serão reembolsados pelas seguradoras de saúde se incluídos no <i>Medicine Reimbursement System (GVS)</i>.

Quadro VI: Modalidades de Pagamento aos Prestadores de Cuidados de Saúde Holandeses
(adaptado de (Schäfer, 2010).

Prestadores de Cuidados de Saúde	Modalidade de Pagamento
Clínicos Gerais	A remuneração é uma combinação de: -Capitação; - Taxas de Consulta (<i>Consultation fees</i>); -Horas Extraordinárias: pagamento é geralmente por hora; -Extra income from innovation and substitution -Prevenção (vacinação do Influenza, rastreio do cancro do colo do útero), examinação médica: pagamento por acto; -Alguns clínicos recebem salários de um centro de cuidados; primários ou de um <i>GP practice</i> .
Enfermeiros dos cuidados primários	Mesmas modalidades de pagamento utilizadas acima (excepto, as horas extraordinárias).
Outros prestadores de cuidados primários (dentistas, etc..)	Pagamento por acto.
Médicos Especialistas	Profissionais independentes são pagos via sistema DGB e recebem uma tarifa normativa relativa a cada hora gasta por cada DGB. Um quarto dos médicos especialistas recebe salários.
Enfermeiros hospitalares	Salários.
Cuidadores domiciliários	Salários.
Farmacêuticos	2 Componentes: -despesa fixa; -reforços.

Quadro VII: Modalidades de Pagamento aos Prestadores de Cuidados de Saúde Italianos (adaptado de Lo Scalzo, 2009).

Prestadores	Modalidade de Pagamento
Médicos de Família e Pediatras que trabalham nos cuidados primários	Capitação
Médicos Hospitalares	Salário Mensal
Enfermeiros e restante <i>Staf</i> hospitalar	Recebem uma parte do vencimento fixa de acordo com o escalão que ocupam e uma variável de acordo com a produção.

Quadro VIII: Evolução do Financiamento Hospitalar Português entre 1997 e 2002 (Adaptado de Rego, 2008)

Ano	Financiamento Histórico (%)	Valor da Produção (%)
1997	90%	10%: compreende apenas o internamento e é ajustada pelo <i>case-mix</i> (GDH)
1998	80%	20%: a componente de produção de internamento é ajustada pelo <i>case-mix</i> (GDH); valor global para o restante ambulatório.
1999	70%	30%: as componentes de produção de internamento e cirurgia de ambulatório.
2000	70%	30%: as componentes de produção de internamento e cirurgia de ambulatório são ajustadas pelo <i>case-mix</i> (GDH); hospital de dia e ambulatório programado e não programado não são ajustados.
2001	60%	40%: as componentes de produção de internamento e cirurgia de ambulatório são ajustadas pelo <i>case-mix</i> (GDH); restante ambulatório programado e não programado não são ajustados.
2002	50%	50%: as componentes de produção de internamento e cirurgia de ambulatório são ajustadas pelo <i>case-mix</i> (GDH) e hospital de dia por tipo do hospital; restante ambulatório programado e não programado não são ajustados.

Quadro IX: Pagamento dos Serviços de Saúde Portugueses (adaptado de Barros, 2007).

Serviços	Modalidades de Pagamento
Hospitais Públicos	<p>- Transferências directas do Governo:</p> <p>Os orçamentos hospitalares são definidos e atribuídos pelo Ministério da Saúde através do IGIF. Actualmente, os hospitais públicos são alocados a orçamentos globais baseados nos contratos-programa assinados com o ministério da saúde. Tradicionalmente os orçamentos têm sido baseados no financiamento do ano anterior, actualizado pela inflação (modelo retrospectivo). No entanto, desde 1997, uma porção progressivamente crescente do orçamento é baseada nos Grupos de diagnóstico Homogénio (GDH) (modelo prospectivo) assim como no <i>non-adjusted hospital outpatient volume</i> (ver quadro IX);</p> <p>- Doações Privadas, embora contribuam com valores residuais;</p> <p>- Outros pagamentos (15 a 20% do orçamento hospitalar total):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pagamentos por serviços especiais (por exemplo, quartos individuais privativos); • Pagamentos recebidos pelos beneficiários dos subsistemas de saúde ou seguros privados; • Taxas moderadoras;
Centros de Saúde	<p>Os centros de saúde são responsáveis pela prestação dos cuidados primários. No entanto, não detêm até agora autonomia financeira ou administrativa. O ministério da saúde aloca os fundos às Associações Regionais de Saúde (ARS), que por sua vez financiam a actividade global de cada centro de saúde através do nível de coordenação sub-regional. Os centros de saúde só recebem um orçamento pequeno para o aluguer, equipamentos, etc., baseado na despesa histórica. Todos os outros custos são pagos directamente pelo nível sub-regional de coordenação. Isto significa que não existe um controlo global de custos.</p>

Quadro X: Pagamento dos Profissionais de Saúde em Portugal (adaptado de Barros, 2007).

Profissionais de Saúde	Modalidade de Pagamento
Médicos	Todos os médicos são funcionários assalariados pelo estado. O salário fixo é estabelecido de acordo com a matriz ligada à categoria profissional e anos de serviço, independentemente de algum critério de produtividade.
Enfermeiros	Os enfermeiros são também empregados no SNS como funcionários do Estado. O salário fixo é está ligado com uma escala de serviço civil que paga conforme a matriz que liga categoria ao tempo de serviço e não está ligada à <i>performance</i> .
Técnicos Auxiliares de Saúde	Tal como médicos e enfermeiros, estes profissionais são assalariados numa escala de pagamento e não são relacionadas com a <i>performance</i> .
Outros profissionais ligados à medicina (<i>allied professionals</i>)	A maioria dos <i>allied professionals</i> são privados ou prestadores independentes de cuidados de saúde. Eles trabalham por contratos e são reembolsados numa base de pagamento por acto. Estes pagamentos são efectuados directamente pelo paciente (o qual depois é reembolsado pelo seu esquema de seguro) ou directamente pelo SNS, se o mesmo não prestar aqueles serviços e tiver um acordo com o sector privado.
Quadros administrativos	Tal como o resto do <i>staff</i> que trabalha no SNS, os membros da administração das instituições do SNS e chefes de departamento são pagos em salários, designados pelo Ministério da Saúde. A sua remuneração é fixa, sem relação com objectivos de produção nem com qualquer outra forma de avaliação da <i>performance</i> .
Dentistas	Os dentistas em Portugal trabalham no sector privado, onde os pacientes pagam 100% das despesas numa base de pagamento por acto. No entanto existem poucas posições que recebem salário nos SNS relacionadas com os cuidados dentários. Apenas os estomatologistas mais qualificados são permitidos a trabalharem nos hospitais e são pagos numa base salarial pelo SNS.
Farmacêuticos	Os farmacêuticos (<i>in retail pharmacies</i>) obtêm a sua fonte de remuneração de duas fontes principais: co-seguros directamente dos pacientes e o restante a partir do SNS (via ARS) ou do fundo de seguro relevante.

Quadro XI: Recomendações do Relatório para a Sustentabilidade do Financiamento do Sistema Nacional de Saúde

Recomendação	Descrição
N.º 1	Manutenção do sistema público de financiamento do SNS, como garantia do seguro básico público, universal e obrigatório.
N.º 2	Maior eficiência na prestação de cuidados de saúde, traduzida quer por uma menor despesa, quer por uma menor taxa de crescimento da despesa pública em saúde.
N.º 3	Utilização abrangente de mecanismos de avaliação clínica e económica para definição dos limites da cobertura de intervenções asseguradas pelo SNS.
N.º 4	Revisão do regime vigente de isenções das taxas moderadoras, com uma redefinição das isenções baseada em dois critérios: capacidade de pagamento e necessidade continuada de cuidados de saúde.
N.º 5	Actualização do valor das taxas moderadoras como medida de disciplina da utilização excessiva do SNS, de valorização dos serviços prestados e de contributo para o financiamento do SNS.
N.º 6	Redução dos benefícios fiscais associados com as despesas em saúde declaradas no IRS, aproximando a realidade portuguesa da observada na generalidade dos países da OCDE.
N.º 7	Retirar do espaço orçamental os subsistemas públicos, sendo evoluções possíveis a sua eliminação ou a sua auto sustentação financeira.
Recomendação Excepcional	Se se vier a constatar a incapacidade do Orçamento de Estado em realizar as transferências para o SNS e como solução de último recurso, poderá ser equacionada a imposição de contribuições compulsórias, temporárias, determinadas pelo nível de rendimento, utilizando o sistema fiscal e direccionando as verbas obrigatoriamente para o SNS.

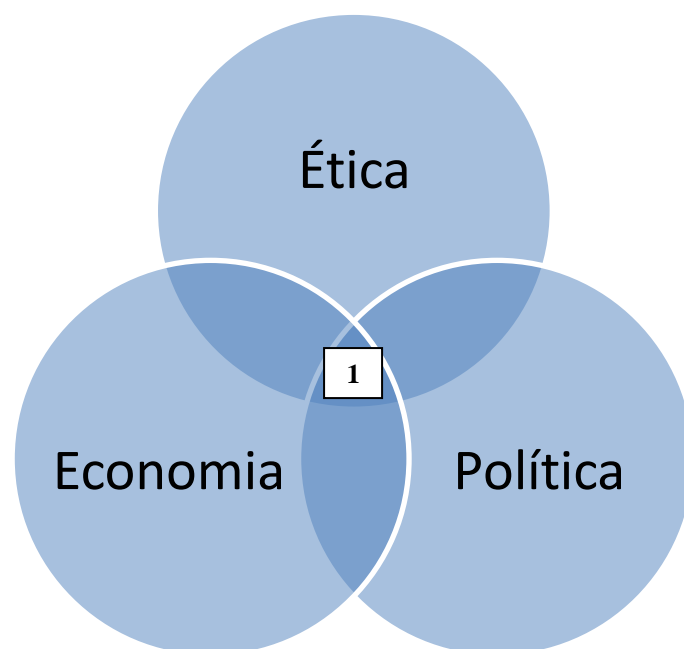


Figura 1: Tríade Indissociável Ética, Economia e Política no Financiamento da Saúde.

Legenda:

1 – Financiamento da Saúde (resultando da sobreposição das três vertentes das quais recebe contributo para a sua formulação).

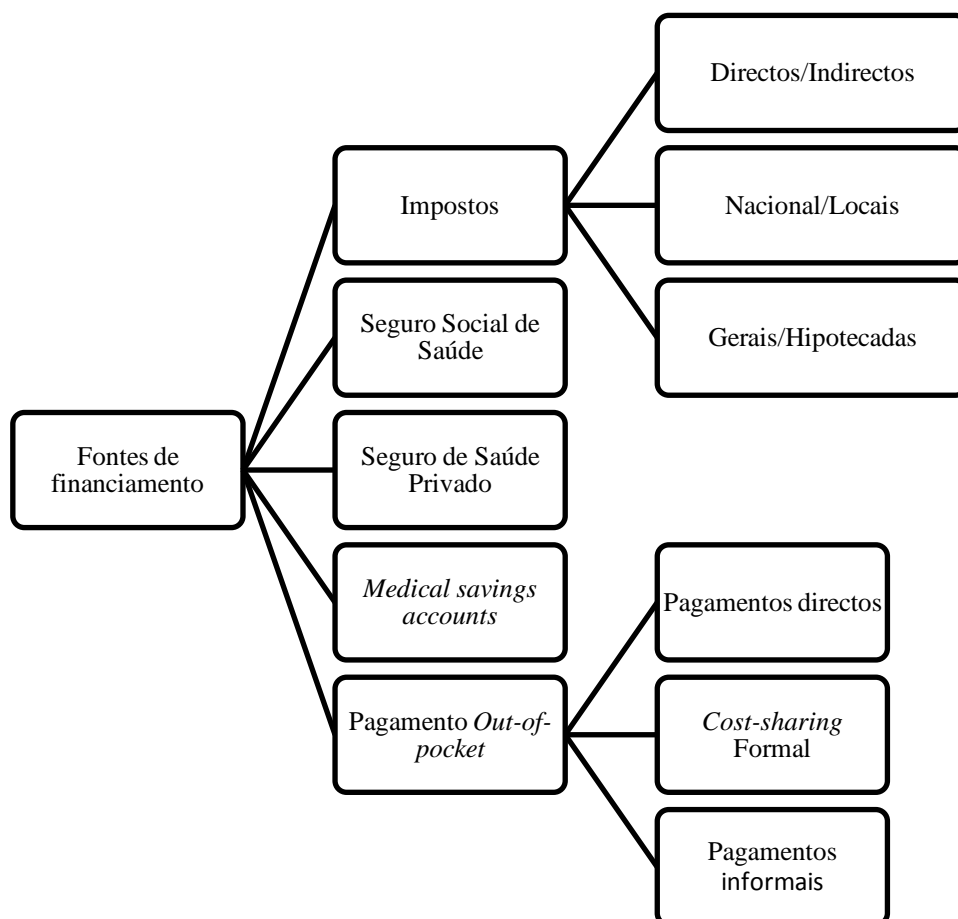


Figura 2: Fontes de Financiamento (Adaptado de Mossailos, 2002).

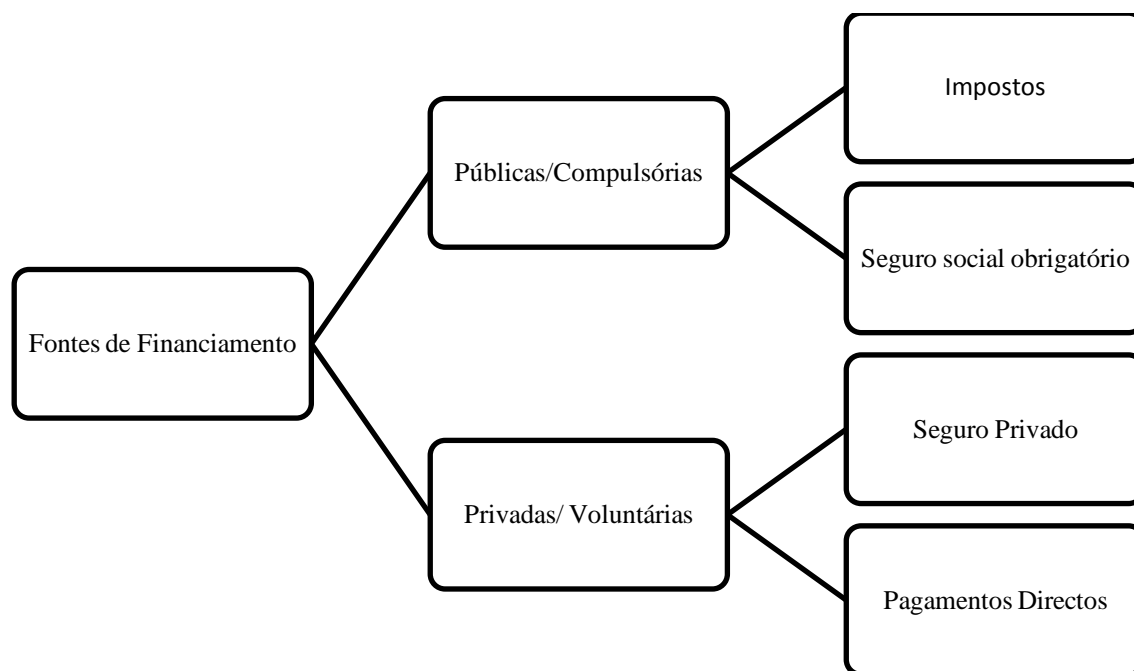


Figura 3: Fontes Públicas e Privadas do Financiamento da Saúde (adaptado de Barros, 2002 e Nunes, 2003B).

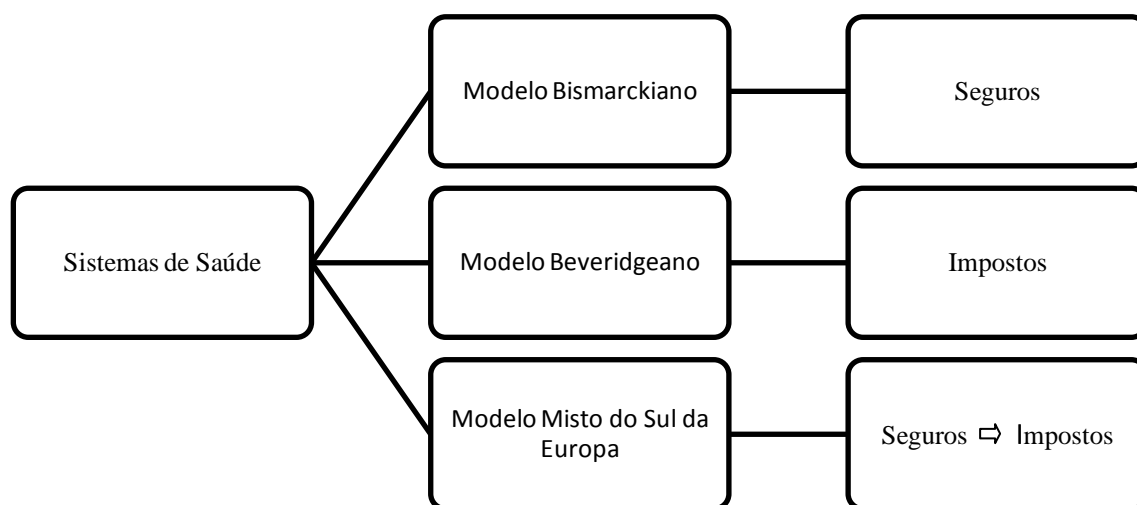


Figura 4: Classificação dos Sistemas de Saúde Europeus de acordo com a principal Fonte de Financiamento (adaptado de Barros, 2002).

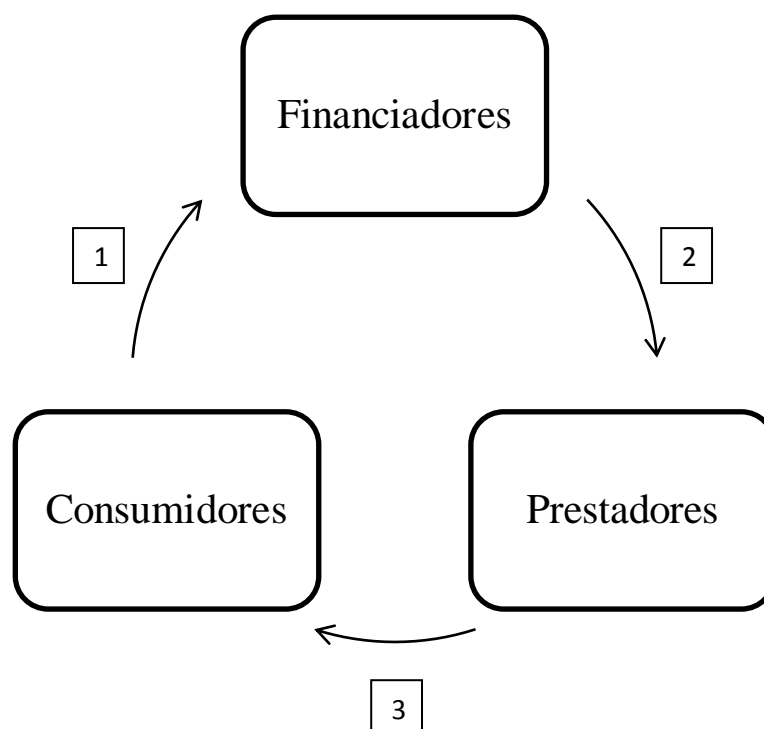


Figura 5 – Financiadores, Prestadores, Consumidores (adaptado de Mossailos, 2002).

Legenda:

1 – Financiamento.

2 – Alocação.

3 – Prestação.

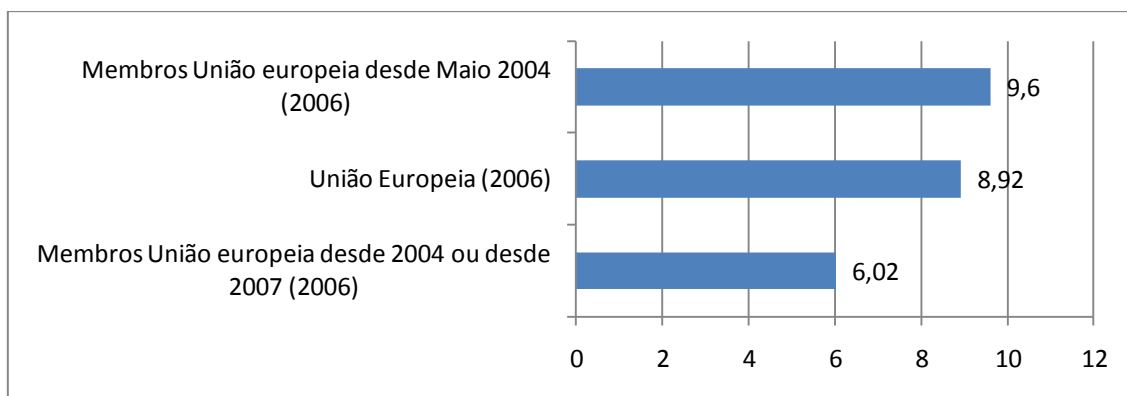
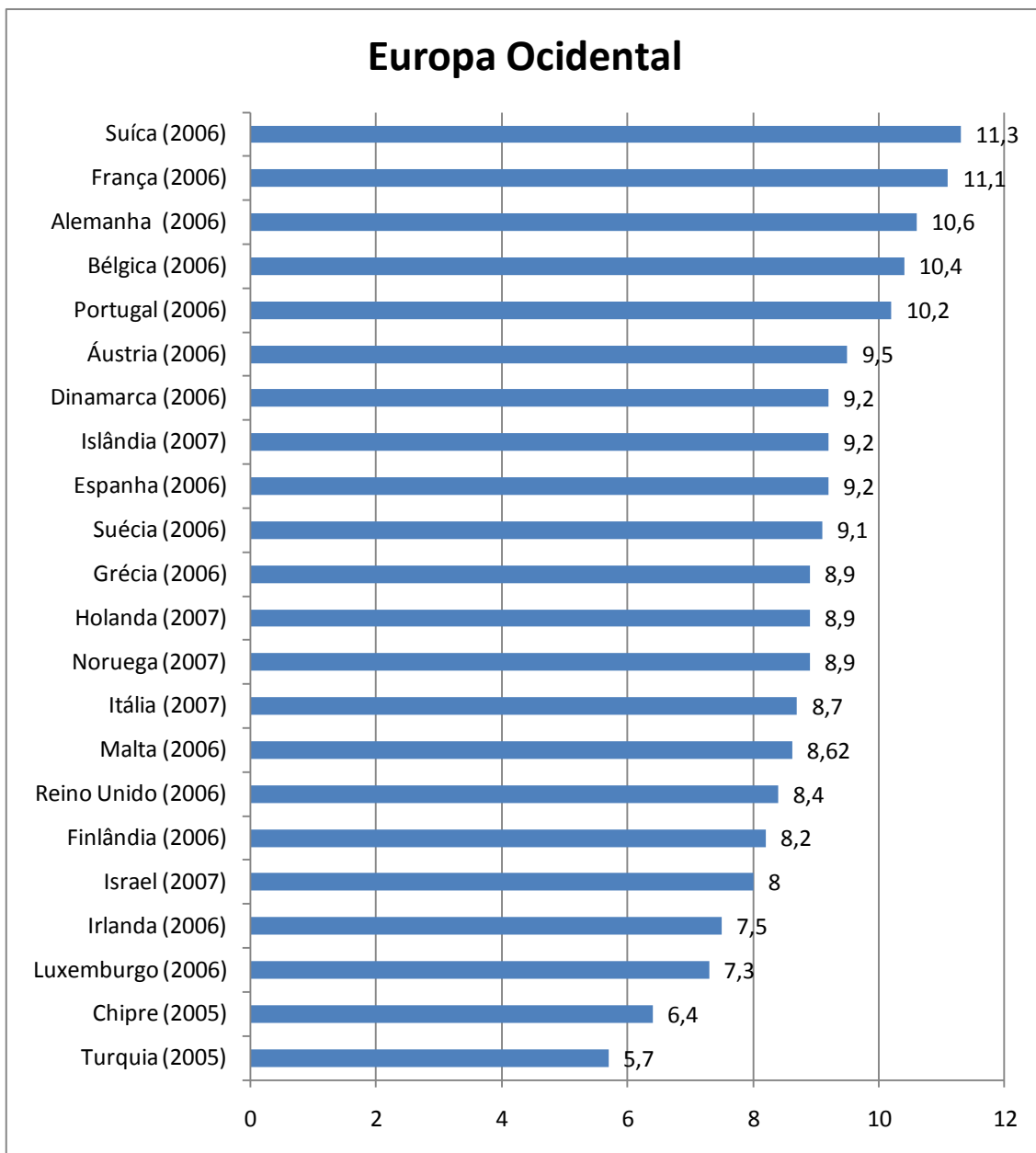


Figura 6: Despesa com a saúde como percentagem do PIB na Europa Ocidental (Schäfer, 2010).

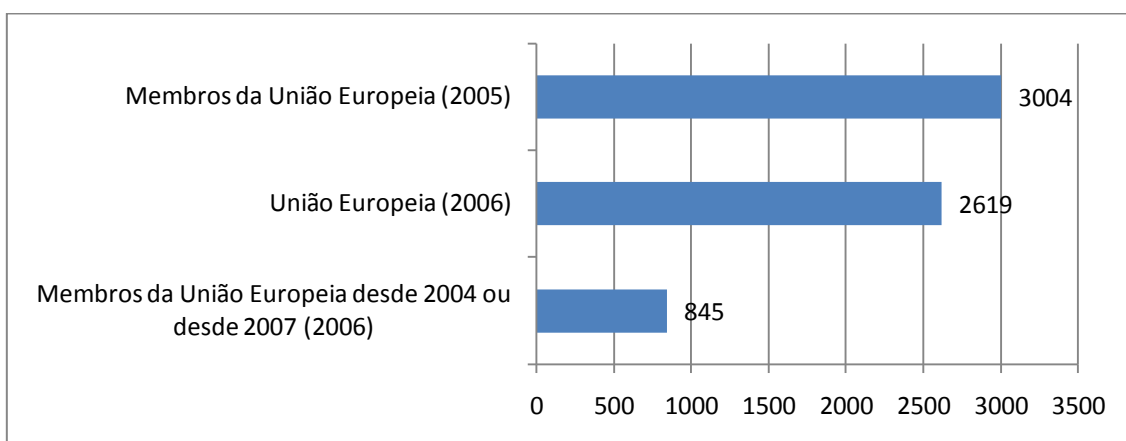
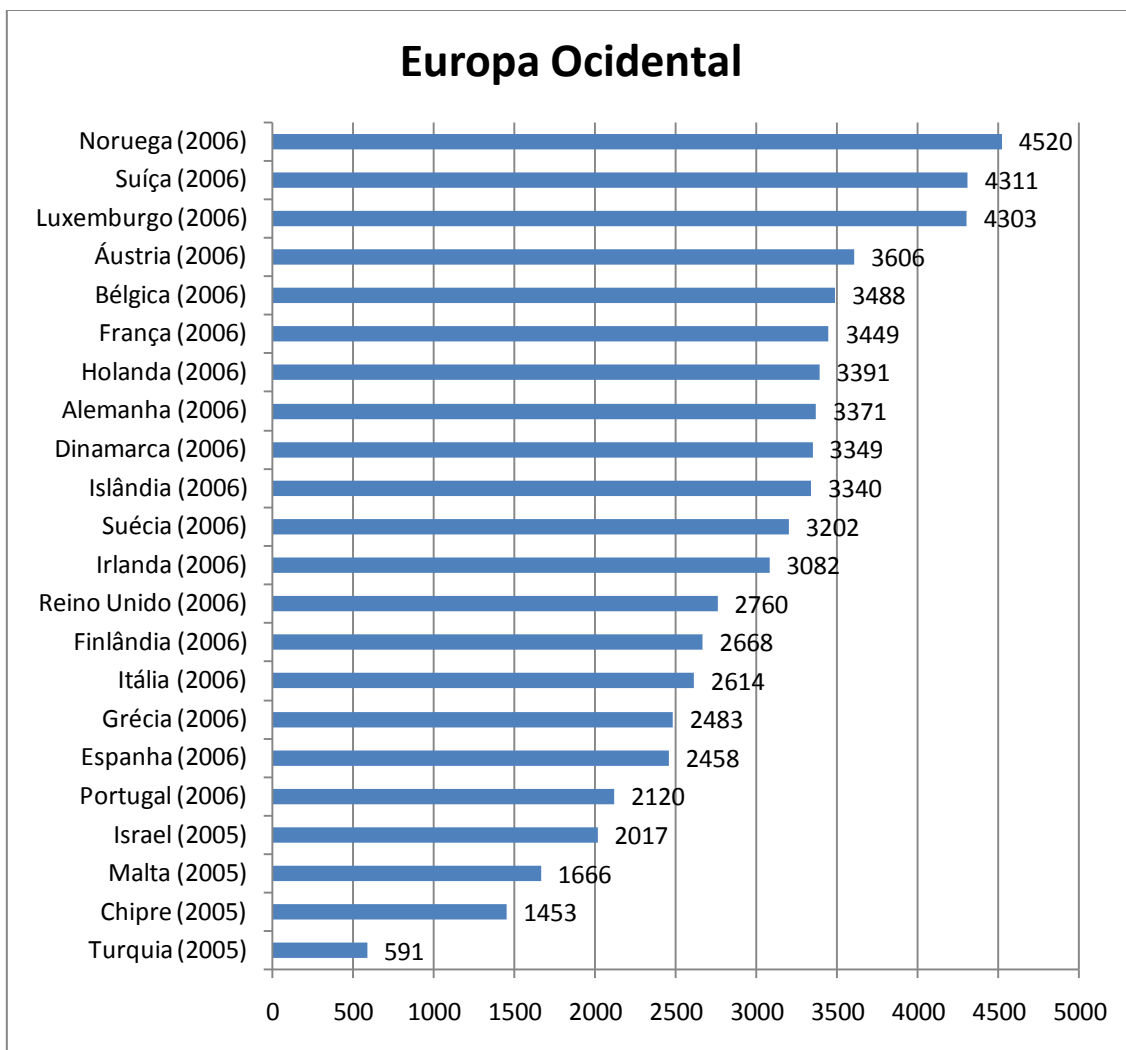


Figura 7: Despesa com a saúde *per capita* na Europa Ocidental (adaptado de Schäfer, 2010).

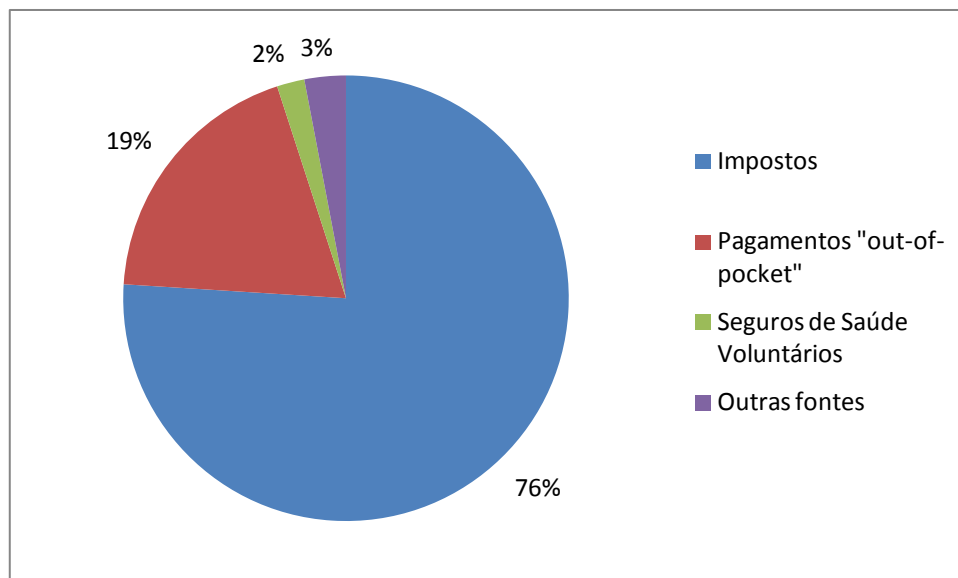


Figura 8: Fontes de Financiamento Italianas (adaptado de Lo Scalzo, 2009).

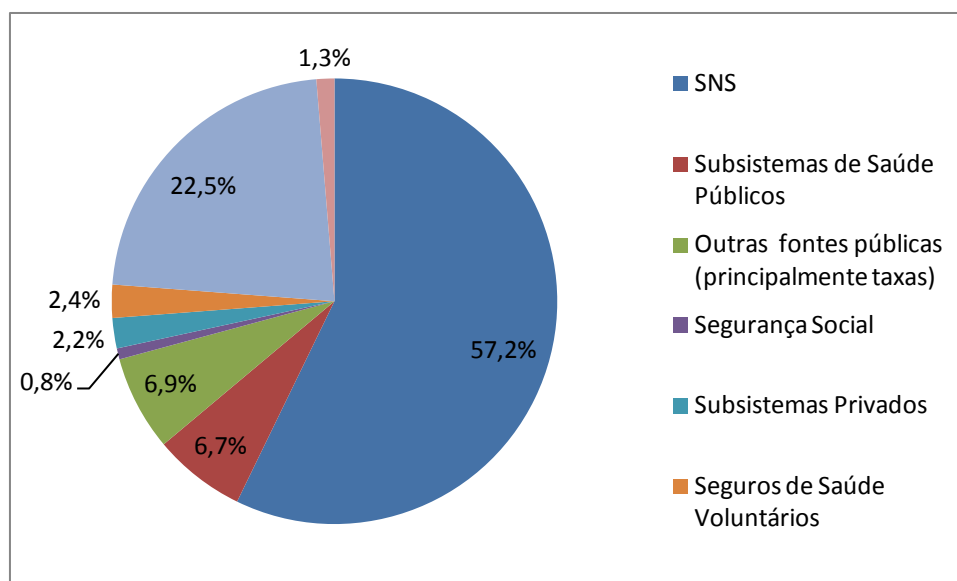


Figura 9: Fontes Públicas e Privadas do Financiamento Português de Saúde (adaptado de Barros, 2007).

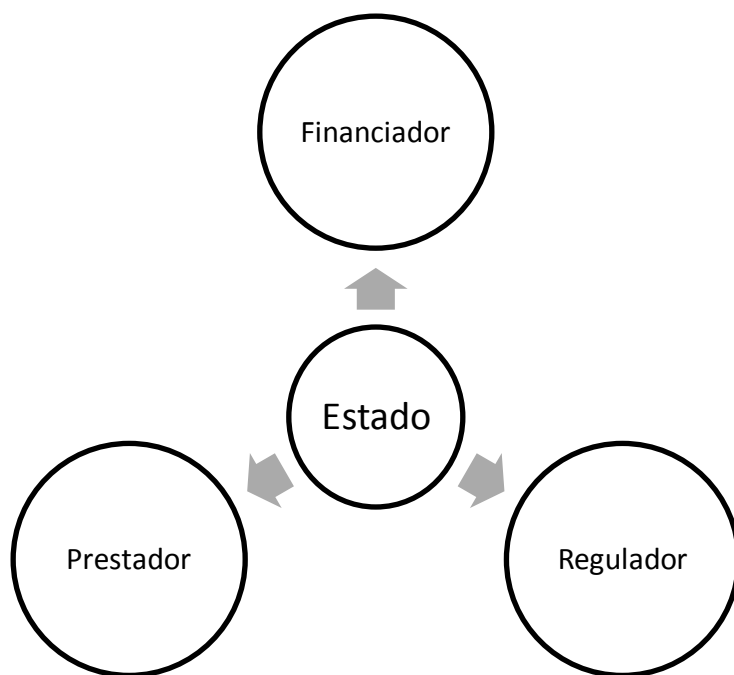


Figura 10: Papel do Estado nos Modelos de Financiamento da Saúde.

Normas de Publicação

Monografia Elaborada segundo as normas de publicação do livro:

“Gestão da Saúde”

1. Tipo de letra: Times New Roman
2. Tamanho da letra nos títulos: 14
3. Tamanho da letra nos subtítulos e no texto: 12
4. Tipo de letra nos títulos: maiúsculas, negrito
5. Tipo de letra nos subtítulos: iniciais maiúsculas, negrito e itálico
6. Palavras em língua estrangeira – latim, inglês, francês, alemão – em *itálico*
7. Alinhamento dos parágrafos: justificados
8. Espaços entre as linhas: 1,5
9. Na primeira nota de rodapé – na primeira página – deve constar sinteticamente a instituição de onde provem o autor
Exemplo: Rui Nunes⁴⁹
10. Evitar citações em “segunda mão”. Em todo o caso as citações devem estar entre aspas
11. Fundamentar sempre o que se afirma, indicando com rigor qual a obra em que se basearam
12. Tipo de letra das notas de rodapé: Times New Roman, tamanho 11
13. Referências no texto segundo o método de Harvard
Exemplo: (Rego G, 1999)
14. No caso de ser o mesmo autor e o mesmo ano, então colocar a, b, c, a seguir à data por ordem de entrada no texto
Exemplo: (Rego G, 1999 a), (Rego G, 1999 b)
15. No final do trabalho sob o título “Referências” colocar todas as referências citadas no texto (e apenas estas) por ordem alfabética
Exemplo:

Livro: 1) Mullen P, Spurgeon P: Priority setting and the public. Radcliffe Medical Press, Abingdon, 2000.
2) Nunes R, Rego G: Prioridades na saúde, McGraw-Hill, Lisboa, 2002.

Revista: Mooney G: Vertical equity in health care resource allocation. Health Care Analysis 8 n.3; 2000: 203-215

N.º máximo de páginas 20 (trabalho individual)

⁴⁹ Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto